

Influence de la Rupture prématurée et précoce
DES MEMBRANES
SUR LA DURÉE DE L'ACCOUCHEMENT
ET DE
l'Utilité de la Rupture intempestive
artificiellement provoquée dans certains cas

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Mars 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE (Marie-Henri)

Né le 2 Juillet 1885, à Seigneulles (Meuse)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HERRGOTT	professeur . .	Président
		WEISS	professeur . .	Juges.
		MICHEL	agrégé	
		FRUHINSHOLZ	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1912

Influence de la Rupture prématurée et précoce
DES MEMBRANES
SUR LA DURÉE DE L'ACCOUCHEMENT
ET DE
l'Utilité de la Rupture intempestive
artificiellement provoquée dans certains cas

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Mars 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE (Marie-Henri)

Né le 2 Juillet 1885, à Seigneulles (Meuse)



Examineurs de la Thèse :	}	MM. HERRGOTT	professeur . .	Président.
		WEISS	professeur . .	
		MICHEL	agrégé	Juges.
		FRUHINSHOLZ	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1912

UNIVERSITE DE NANCY. FACULTE DE MEDECINE

Doyen : M. GROSS, O , I .

Assesseur : M. WEISS, , I .

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, , I ; NICOLAS, I ; PRENANT, , I .
BERNHEIM, O , I .

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O  , I  .
Physique médicale	CHARPENTIER,  , I  .
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I  .
Clinique chirurgicale	WEISS,  , I  .
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I  .
Clinique médicale	SPILLMANN, I  .
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT,  , I  .
Hygiène	MACÉ, I  .
Clinique médicale	SCHMITT, I  .
Physiologie	MEYER,  , I  .
Pathologie gén. et Pathologie interne	SIMON, I  .
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I  .
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I  .
Médecine légale	PARISOT, I  .
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I  .
Histologie	BOUIN, I  .
Anatomie descriptive	ANCEL, A  .
Anatomie pathologique	HOCHE, I  .

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ,  , I  .
Pathologie externe	VAUTRIN, I  .

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards	ETIENNE, I  , agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, A  , agrégé libre.
Accouchements	SCHUHL, I  , agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	FRÉLICH, I  , id.
Clinique de chirurgie infantile et oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I  , id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I  , id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I  .
Médecine opératoire	MICHEL, I  , agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	ZILGIEN, I  , id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ,  , I  .	MM. COLLIN, A  .	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I  .	DUFOUR, A  .	LUCIEN, A  .
RICHON, A  .	SENCERT, A  .	BINET.
G. GROSS, A  .	ROBERT, A  .	PERRIN, A  .
FRUHNHOLZ, A  .		

Agrégés libres

MM. REMY, A , FÉVRIER, O , I , ETIENNE, I , ZILGIEN, I ,
FRÉLICH, I , SCHUHL, I , JACQUES, I , ANDRÉ, I , MICHEL, I ,
L. SPILLMANN, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , , I , Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE PATERNEL

*dont la laborieuse carrière d'agriculture fut un continuel exemple
de travail, de droiture et d'amour du pays natal.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HERRGOTT

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE NANCY
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE NANCY
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser à tous les professeurs de la Faculté de Médecine de Nancy l'expression de notre profonde gratitude pour leurs bons conseils et leurs excellentes cliniques qui nous ont guidé dans le cours de nos études.

Nous tenons à remercier M. le professeur distingué Herrgott de l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons pas les mois trop courts passés à la Maternité, où nous avons pu entendre ses leçons cliniques aussi attrayantes que savantes.

A M. le professeur Weiss qui fut notre premier maître en chirurgie et dont les conseils nous seront toujours précieux, nous offrons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Nous saisissons avec plaisir l'occasion de témoigner à M. le professeur agrégé Fruhinsholz qui nous inspira le sujet de notre thèse inaugurale, notre profonde gratitude pour son précieux enseignement pratique.

C'est un bien faible hommage à sa bienveillance et à ses conseils qu'il ne nous a pas ménagés.

Que notre compatriote M. le professeur agrégé Michel veuille bien accepter nos sincères remerciements pour ses excellentes leçons données à la salle de consultations où il nous apprit à formuler un diagnostic sûr et précis.

Nous avons aussi une dette de reconnaissance à acquitter envers notre parent et ami, M. le docteur Hypolitte, ancien chef de clinique à la Maternité, qui nous prodigua ses soins dévoués en 1908. Qu'il reçoive ainsi que M. le docteur Lefer qui guida nos premiers pas de médecine pratique, l'assurance d'une amitié inébranlable.

Nous prions enfin nos camarades avec lesquels nous avons passé des heures si agréables de croire à notre bonne amitié. En particulier que MM. les docteurs Wagner et Joyeux croient à notre meilleure sympathie.

INTRODUCTION

Définition. — Dans la majorité des accouchements, la rupture des membranes n'a lieu qu'après la dilatation complète. A ce moment, la pression exercée par l'utérus, agissant sur une surface amincie de l'œuf, arrive à vaincre la résistance de la poche des eaux qui n'est plus soutenue, et à rompre les membranes.

Dans ces conditions, la rupture est *tempestive*, car elle se fait à l'instant voulu, au temps d'élection sous l'influence de la pression intra-utérine.

Mais à la suite d'un choc extérieur, d'un coït, d'un effort, d'une insertion vicieuse du placenta ou de toute autre cause, les membranes se rompent plusieurs heures et quelquefois même plusieurs jours avant le moment propice. Cette rupture est alors anticipée et prend le nom de rupture intempestive.

On est convenu d'appeler *prématurée*, toute rupture qui se fait avant le début du travail, et *précoce* celle qui se fait au cours du travail, mais avant la dilatation complète.

But de notre thèse. — Il est de notion classique que cette rupture intempestive des membranes est presque toujours une cause de lenteur dans l'accouchement et que par suite, elle procure des dangers à la mère et au fœtus. Or en parcourant quelques travaux récents, nous vîmes que la rupture prématurée et précoce des membranes, loin de ralentir la marche du travail, pouvait dans certains cas accélérer la dilatation du col utérin.

Désirant nous faire une opinion personnelle sur ce point, nous avons, avec les conseils de notre maître, M. le professeur agrégé Fruhinsholz entrepris notre thèse inaugurale sur l'influence de la rupture intempestive (prématurée et précoce) des membranes sur la durée de l'accouchement et sur l'utilité que pouvait acquérir la rupture intempestive artificiellement provoquée dans certains cas.

Méthode de nos recherches. — Pour cette étude, nous avons utilisé toutes les observations précises recueillies à la Maternité pendant les années 1909-1910 et 1911 jusqu'au mois d'octobre. Nous les avons groupées suivant le moment de la rupture par rapport au travail.

Pour les ruptures prématurées, nous avons séparé les primipares des multipares et dans chacun de ces tableaux, nous avons indiqué la présentation et le degré d'engagement au moment de la rupture ; l'intervalle entre le moment de la rupture et le début du travail, l'intervalle entre le début du travail et la dilatation complète, la durée de l'expulsion, le poids de

l'enfant et les accidents survenus ou les opérations faites pendant et après l'accouchement.

Pour ce qui concerne les ruptures précoces, nous avons divisé les tableaux en cinq parties :

a) Durée du travail depuis le début jusqu'à la rupture.

b) Durée du travail depuis la rupture jusqu'à la dilatation complète.

c) Durée de l'expulsion.

d) Poids de l'enfant.

e) Accidents survenus ou opérations faites pendant et après l'accouchement.

De plus, dans chacune des deux catégories (primipares et multipares) nous avons séparé les observations en quatre tableaux *suivant le degré de dilatation du col au moment de la rupture des membranes.*

Plan. — Nous diviserons notre travail en cinq parties.

Dans la première, après quelques considérations sur l'aperçu historique de la rupture intempestive, nous étudierons la physiologie normale de la poche des eaux et son rôle pendant l'accouchement.

Dans une seconde partie, nous examinerons rapidement les cas dans lesquels tous les accoucheurs sont d'avis de rompre les membranes.

Dans une troisième partie, nous comparerons la durée moyenne du travail dans l'accouchement normal à la durée du travail après rupture prématurée et précoce.

Nous examinerons ensuite les accidents et opérations

survenus pendant le travail et les suites de couches. Nous les comparerons aussi à une moyenne prise à la Maternité dans le cas d'accouchement normal.

Enfin, d'après les résultats obtenus, nous tirerons nos conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

1° Opinions classiques formulées sur la rupture spontanée des membranes avant la dilatation complète

L'étude de la rupture intempestive des membranes est de date ancienne. Tous les accoucheurs se sont occupés de l'ouverture de la poche des eaux survenant avant les premières douleurs ou avant la dilatation complète et ils ont surtout montré les dangers pour la mère et le fœtus de l'arrêt du travail après cette rupture intempestive.

Ils admettent généralement que l'écoulement du liquide amniotique ralentit la marche de l'accouchement si le col n'est pas complètement dilaté, et par suite, ils craignent beaucoup les ruptures intempestives.

Hippocrate écrivait au sujet des couches sèches et laborieuses : Chez quelques femmes, les eaux s'écoulent

avant l'accouchement ; de la sorte, nécessairement, les douleurs sont sèches et laborieuses, celles au contraire dont les eaux ne sortent pas prématurément accouchent plus facilement. »

Sennert dans son livre (*De morbis mulierum et infantium*), s'exprime ainsi : « *Fluxus hic periculo non caret cum enim fœtus aqua ista a partium circumiacentium duritie defendatur, ea effluente facile molestiam aliquam percipit, et postea etiam partus difficilior aqua ista quæ vias Humectat deficiente, redditur* ».

Après cet auteur, les médecins observent la rupture intempestive des membranes, mais elle est à leur avis un évènement fâcheux pour la mère et le fœtus.

Au xvii^e siècle Mauriceau écrivait : « Parfois les membranes sont si faibles qu'elles se rompent avant que la matrice soit suffisamment dilatée, alors l'enfant y demeure à sec » (1).

Aussi Baudelocque en 1781 condamnait absolument l'accouchement prématuré artificiel car « les eaux s'étant écoulées prématurément, l'accouchement est quelquefois plus long et plus difficile » (2).

M^{me} Lachapelle regardait la rupture prématurée comme funeste, aussi la rupture artificielle des membranes fut-elle laissée de côté et même, les accoucheurs recommandaient d'éviter un toucher trop répété et trop prolongé par crainte de léser la poche des eaux.

Il n'y a pas en effet de question plus délicate à résoudre que de savoir si on doit rompre ou respecter

(1) *Traité des maladies des femmes grosses*, p. 259, livre II.

(2) BAUDELLOCQUE. *Art des accouchements*.

les membranes. Les objections que les accoucheurs font à la rupture artificielle sont assez nombreuses.

Ils lui reprochent :

1° De rendre l'accouchement plus long et plus laborieux, car la poche en s'engageant comme un coin aide à la dilatation.

2° De le rendre plus douloureux, car la dureté de la tête fœtale s'est substituée à la souplesse de la poche des eaux.

3° De le rendre plus dangereux pour l'enfant qui est soumis aux contractions utérines sans interposition de liquide amniotique,

4° D'être une cause de présentation vicieuse irréductible et d'amener la procidence du cordon.

Enfin 5° de diminuer les contractions utérines et de priver l'accoucheur d'une ressource précieuse dans le cas où il serait appelé à faire la version.

Bien plus, Byford (1) et Dumas de Montpellier pensent que « la poche des eaux a pour rôle la dilatation du vagin et de la vulve, et que si la poche persiste jusqu'au moment de l'expulsion de la tête, on peut compter sur l'intégrité du périnée. » Si la poche se rompt avant le « moment de la dilation prœfœtale du canal vagino-vulvaire, ils introduisent dans le vagin une poche en caoutchouc qu'ils gonflent d'air et d'eau pour qu'elle dilate la vulve à la manière des membranes elles-mêmes. »

(1) Rôle de la dilatation prœfœtale de la poche des eaux.

2° Opinion formulée sur la rupture artificielle précoce des membranes envisagée comme méthode thérapeutique.

Mais, si la rupture artificielle des membranes n'est pas pratiquée couramment ; elle est cependant recommandée dans certains cas pathologiques. Puzos en 1747 (Pertes de sang des femmes grosses, in mémoires de l'académie de chirurgie 1747) perforait les membranes après avoir provoqué le travail en introduisant un doigt dans le canal utérin, lorsqu'une hémorrhagie survenait chez la femme en travail.

Smellie en 1777 pratiquait la rupture dès que le col entr'ouvert permettait d'arriver sur les membranes. De même Scheel, dans les cas d'hémorrhagie, rompait les membranes au niveau de l'orifice utérin à l'aide d'instruments pointus et les contractions commençaient immédiatement après. Meissner les perforait en un point élevé à l'aide d'un trocart courbé, mais c'était un procédé dangereux, car on n'avait plus le contrôle digital pour diriger l'instrument.

M. P. Dubois (1) n'hésitait pas à rompre les membranes dans le cas de placenta prævia si celui-ci ne répondait à l'orifice que par un de ses bords, convaincu que la tête fœtale serait amenée sur la partie décollée du placenta par l'écoulement des eaux. En effet la femme perd de l'eau ou du sang dans les insertions vicieuses ; aussi, tous les accoucheurs de notre époque,

(1) CAZEAX. *Traité de l'art des accouchements*, Paris 1867.

M. le professeur Pinard, en particulier, qui est le partisan le plus convaincu de la rupture des membranes dans ces cas, appelés auprès d'une femme en travail qui perd du sang, n'hésitent pas à rompre largement les membranes dès qu'ils se sont assurés de la présentation du sommet ou du siège fœtal.

Pouffet (1) de Lyon observa que cette rupture était d'une grande utilité. « Dans les cas où l'utérus est trop distendu; elle permet en effet à cet organe de revenir sur lui-même; elle favorise les contractions et accélère ainsi le travail.

Enfin H. Alezaïs en 1882 (2) « attribue la rupture prématurée à la multiparité; et, pour lui, elle serait un événement heureux car elle abrégèrait notablement la durée du travail ».

3° Opinion nouvelle sur la rupture intempestive des membranes

Telles ont été jusqu'à ces dernières années les idées régnantes et généralement admises sur les inconvénients et l'opportunité de la rupture des membranes lorsque, sont venus des allemands Kæss et Dockhorn (3) qui sur l'instigation de leurs maîtres Seitz et Dœderlein ont fait des recherches sur l'influence que pouvait avoir la

(1) CHAILLY Honoré. *Traité pratique de l'art des accouchements*.

(2) Thèse SPINDLER, Paris 1896.

(3) Joseph KÄSS. Thèse Munich 1910. DOCKHORN. Thèse Göttingen 1911.

rupture intempestive des membranes sur l'accouchement. Ils sont arrivés à ces conclusions :

1° La longueur du travail est alors beaucoup moindre surtout chez primipares.

2° Les accidents sont à peu près identiques à ceux des accouchements après rupture à la dilatation complète, aussi concluent-ils que dans certains cas, la rupture artificielle peut être pratiquée.

In praxi, wurde ich also nicht in jedem normal gelagerten Fall die Blase frühzeitig sprengen. Doch kann man versuchen, in Fallen, wo ein besonderes Interesse an einer raschen Entbindung besteht und man auf alle Eventualitäten wohl vorbereitet ist, durch Sprengen der Fruchtblase die Ausstossung des Kindes zu beschleunigen.

PHYSIOLOGIE DE LA POCHE DES EAUX PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Utilité de la poche des eaux

Pendant la grossesse, le fœtus, entouré d'une enveloppe amniochoriale, peut, grâce à la présence du liquide amniotique, changer de position à l'intérieur de la cavité utérine. Ce liquide favorise ses mouvements et son développement qui auraient été gênés par les parois utérines.

Il met aussi le cordon à l'abri de la compression et assure ainsi la circulation fœtoplacentaire pendant toute la grossesse.

Mais, au début du travail, le fœtus a pris généralement une position qu'il ne changera plus ; le sommet ou le siège est fixé au détroit-supérieur ou dans l'excavation. Si, à partir de ce moment, nous pratiquons le toucher vaginal pendant une contraction, nous sentons une portion des membranes qui bombe et que l'orifice utérin, faiblement dilaté, met à nu ; c'est la

poche des eaux, l'avant-garde de la dilatation et de l'expulsion.

Pour Baudelocque (1), la poche des eaux est une tumeur plus ou moins large et tendue dans le moment de la douleur, que forment à mesure que l'orifice se dilate les membranes qui s'y présentent et s'y engagent ».

M. Duncan et Léon Dumas (2) pensent que la poche est la portion des membranes que l'orifice met à nu en se retirant ». Pour eux, la paroi utérine se séparerait alors de l'œuf en se rétractant et glisserait le long des membranes en entraînant le col de bas en haut.

Pour d'autres accoucheurs, l'œuf décollé glisse vers l'orifice externe de l'utérus à la façon d'un coin. Tel est l'avis de Varnier, et nous nous y rallions : « La formation de la poche des eaux est due au décollement de l'œuf et à l'extension des membranes ». Elle prend naissance dès que le chorion et l'amnios se séparent de la caduque, et, par suite des contractions utérines, elle forme « hernie à travers l'orifice utérin aux lèvres duquel elle transmet excentriquement l'effort développé par la contraction utérine (3) ».

Cette poche revêt différentes formes : elle peut être plate, ne renfermant que très peu de liquide et assurant une bonne présentation ; d'autres fois, elle est en boudin ou sphérique et volumineuse surtout dans les mauvaises présentations ; aussi tous les accoucheurs se

(1) VARNIER. Obstétrique journalière,

(2) BAR.

(3) VARNIER. Obstétrique journalière.

rallient à l'avis de Mme Lachapelle qui ne craignait pas les eaux plates. Dans ces cas, le liquide interposé entre les membranes et la partie fœtale engagée est faible au point qu'il y a analogie entre cette poche des eaux plate et le cas d'absence complète de poche des eaux.

Depaul écrivait à ce sujet : « Il vaudrait mieux dire qu'il n'y a pas du tout de poche des eaux. On serait dans le vrai ; la tête comprimée de toutes parts dans le bassin ne permet pas au liquide de s'accumuler entre elle et les membranes, et, bien que je ne conteste pas son utilité, on la voit souvent manquer pendant une grande partie du travail et cependant l'utérus s'ouvre de plus en plus (1) ».

Dans l'intervalle des contractions, la poche est flasque et se laisse déprimer, mais au moment des douleurs, le liquide poussé par la paroi utérine se porte vers l'endroit de moindre résistance qui est le pôle inférieur et provoque ainsi l'ouverture et la dilatation du col.

**Si la poche des eaux est utile, elle n'est pas
toujours nécessaire.**

L'agent principal de l'accouchement n'est pas cependant la poche des eaux. La dilatation du col et l'expulsion du fœtus se font dans de bonnes conditions grâce à la contraction utérine secondée parfois de la

(1) *Encyclopédie des sciences médicales*. Article accouchement, v. I, page 362.

contraction abdominale. En effet, pendant le travail, l'utérus a une force plus grande à la partie supérieure et à la partie moyenne par suite de la musculature plus faible dans le tiers inférieur ; cet effort musculaire oblige la poche à se hernier à travers l'orifice utérin. Donc, pour que la dilatation se produise, il faut un point d'appui qui rende efficace l'action des fibres longitudinales de l'utérus sur les fibres du col. Que ce point d'appui soit la poche des eaux ou une partie fœtale capable d'appuyer sur le col et qui, comme un coin, s'interpose entre les lèvres, la dilatation se produit.

Or, dans la présentation du sommet avec tête fléchie, la partie qui se présente à l'orifice est formée par la circonférence sous-occipitobregmatique dont les diamètres sont tous égaux et, par suite, sont semblables à ceux de la poche des eaux. Le sommet qui se présente s'accommode parfaitement à l'orifice formé par le segment inférieur de l'utérus ; il s'en coiffe d'une façon régulière, et la dilatation s'opère sans difficultés, de même qu'avec la poche des eaux.

Inconvénients de la rupture précoce des membranes.

Mauvaise présentation. — Là où l'utilité de la poche des eaux est incontestable, c'est dans les présentations incorrectes : dans la présentation du sommet avec tête mal fléchie ou dans une présentation autre que le sommet. Dans le cas de tête mal fléchie, tous les diamètres

de la partie fœtale qui appuie sur les lèvres du col ne sont plus égaux. Cette partie est ovale et le col se dilate inégalement.

Le danger couru par la mère n'est pas très grave, le travail seul est peut-être un peu plus long car le col se dilate plus lentement.

Mais dans la présentation de l'épaule, la partie qui s'avance ne peut appuyer complètement sur les bords du segment inférieur. La rupture des membranes est alors de mauvais augure ; en effet, la poche des eaux était seule pour dilater l'orifice et permettre ensuite l'introduction de la main pour faire la version, ou l'introduction d'instruments pour extraire le fœtus. La poche rompue, le fœtus risque de s'enclaver et de succomber car le col revient sur lui-même après la disparition du liquide amniotique.

De plus, la partie fœtale qui se présente ne peut appuyer franchement sur le segment inférieur ; il se produit des compressions localisées au-dessus de l'orifice et une gêne dans la circulation de retour, aboutissant à l'œdème du col. Ce tissu infiltré et privé d'élasticité se déchirera pour livrer passage au fœtus au moment de l'expulsion.

Compression du cordon. — L'écoulement du liquide amniotique peut aussi faciliter la procidence et la compression du cordon, lorsque, par exemple, la femme étant debout, la rupture a lieu subitement. Une anse du cordon peut alors s'engager à travers l'orifice, surtout si la quantité de liquide est assez considérable et la tête fœtale mobile. Le fœtus succombe alors par suite de la suppression de la circulation fœtoplacen-

taire si l'accoucheur n'est pas appelé pour remédier à cet état après avoir dilaté artificiellement le col et extrait rapidement le fœtus.

Infection. — Enfin, pendant le travail, la poche des eaux est une garantie pour la mère et le fœtus contre l'infection occasionnée par les germes contenus dans le vagin. Démelin pense, en effet, que l'ouverture de l'œuf avant le début du travail ne dispose pas à l'infection si le fœtus est vivant, mais l'ouverture de l'œuf au cours du travail si celui-ci traîne en longueur, dispose à l'infection.

Nous verrons, qu'en général, dès que la poche est rompue pendant le travail, les douleurs augmentent d'intensité, la femme cherche un appui et ajoute ses efforts volontaires à ceux de l'utérus qui, excité par la compression de la tête fœtale a des contractions plus énergiques et expulse l'enfant peu de temps après.

DEUXIÈME PARTIE

De l'utilité reconnue de la rupture artificielle de la poche des eaux dans certains cas pathologiques.

A. — *Inertie par surdistension.*

Gros fœtus.

Grossesse gémellaire.

Hydramnios.

B. —

Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta.

Hémorrhagie rétroplacentaire.

Adhérences anormales des membranes.

Mobilité du fœtus.

Il y a des cas où l'utilité de la rupture intempestive des membranes n'est contestée par personne, nous allons les résumer :

A. — Surdistension utérine

Si, en effet, dans certaines présentations la rupture intempestive des membranes est inopportune par suite des accidents qu'elle peut procurer à la mère et au fœtus, il est parfois utile et même nécessaire de les rompre artificiellement, non seulement à la dilatation complète, mais dès que l'orifice du col a atteint un très faible diamètre.

En effet, dans certains cas, la distension énorme de l'utérus est le point de départ d'un travail lent et même de l'inertie utérine complète. L'utérus après s'être contracté en vain, reste parfois dans un état stationnaire. Le travail languit, le col ne se dilate pas et les membranes sont intactes. Le muscle utérin fatigué de lutter ne réagit plus contre l'obstacle à vaincre.

Nous observons cette lenteur de travail chaque fois que l'utérus trop distendu ne peut revenir sur lui-même c'est-à-dire lorsque les membranes renferment un gros fœtus ou plusieurs fœtus, ou lorsque le liquide amniotique est en trop grande quantité.

1° Gros fœtus

Dans le cas de gros fœtus, si la femme a un bassin assez large pour permettre à la tête fœtale de passer, et si la présentation est bonne, la rupture de la poche des eaux permettra l'écoulement d'une faible quantité de liquide. Le muscle utérin soulagé par la moindre dis-

tension récupérera plus d'énergie et le fœtus sera très vite expulsé. Les quelques observations qui suivent le prouvent suffisamment.

OBSERVATION 1909

Mme J..., 30 ans. II^e grossesse.

La femme a eu ses dernières règles à la fin de juillet. Elle entre à la salle de travail le 8 mai à 10 h. 1/2 du soir ayant mal depuis midi.

A l'examen, on trouve le sommet mobile au détroit supérieur, l'enfant est vivant. Le col est dilaté comme 2 fr. A 11 h. 1/2, rupture spontanée des membranes. La tête s'engage en OIGA. A 2 h. 1/2, dilatation complète et à 3 heures, expulsion d'un garçon de 4.100 gr.

Placenta 700 gr. Cordon 90 cm. Rétention partielle du chorion. Dans la nuit du 9 au 10, la femme expulse un caillot de 300 gr.

Durée du travail depuis dilatation de 2 fr. au moment de l'expulsion : 4 h. 1/2.

Durée de l'expulsion : 1/2 h.

OBSERVATION 1910.

Mme K..., 24 ans, III^e grossesse.

La femme a eu ses dernières règles du 25 novembre au 3 décembre. Pas de troubles sympathiques pendant le cours de la grossesse. Elle a ressenti les premières douleurs le 16 septembre à 7 heures du soir et entre à la salle de travail le 17 à 2 heures du matin. Le sommet est engagé en OIDP, le col est ouvert et les membranes intactes. A 7 heures du matin, le col est effacé, dilaté comme 2 fr., les membranes rompues. A 7 h. 1/4, la dilation est complète. A 8 h. 45, expulsion d'une fille pesant 4.200 gr. Placenta 600 gr. Cordon 53 cm. D. N. 20 minutes après.

Durée du travail depuis la rupture des membranes à la dilatation de 2 fr. : 1 h. 45.

OBSERVATION 1914

Mme K... a eu de fréquentes faiblesses au début de la grossesse. Elle a ressenti les premières douleurs le 7 à 4 heures du matin et perd les eaux au même moment. Elle entre à la Maternité une heure après. A l'examen on constate une tête qui s'engage à gauche. L'enfant est vivant. Le col est effacé, dilaté comme 1 fr. A 9 h. la dilatation est complète, la tête est engagée en *gauche antérieure*, fléchie, bosse sanguine. A 10 h. 1/2 rotation et à 10 h. 40 expulsion d'un garçon de 4.000 gr. D N. Placenta : 500 gr. Cordon : 60 cm. Rupture des membranes à 2 cm du bord placentaire.

Durée du travail depuis la rupture : 3 h. 40.

OBSERVATION 1914

Mme S..., 19 ans, 1^{re} grossesse.

La femme est réglée depuis l'âge de 12 ans. Elle a eu ses dernières règles du 14 au 18 janvier, n'a noté aucun trouble sympathique pendant le cours de la grossesse. La femme a continué à travailler dans les deux derniers jours. Elle ressent les premières douleurs le 11 novembre à 7 heures du soir et entre à la salle de travail à 8 heures du soir. On constate une tête amorcée en OIGA, l'enfant est vivant. Les membranes sont rompues et le col est dilaté comme 2 fr. Le 12, à *une heure du matin*, la dilatation est complète et à 1 h. 45, la femme expulse un garçon du poids de 4.250 gr. 10 minutes après le placenta s'engage dans l'orifice vulvaire. Placenta : 550 gr. Cordon : 85 cm.

Durée du travail : 6 h. 45.

2° Grossesse gémellaire

L'utérus ne contient bien souvent qu'un seul fœtus ; cependant, il peut en renfermer deux et dans ces cas le travail est plus long que dans la grossesse unique. Cela s'explique par la distension énorme que la présence des deux êtres procure à l'utérus. Dans les cas où le travail marche lentement dans la première période, il est indiqué de rompre les membranes, si la présentation fœtale est bonne. D'ailleurs la nature vient bien souvent en aide à la parturiente, l'accoucheur est appelé au début du neuvième mois auprès de femmes qui ayant eu un ventre énorme pendant la grossesse, viennent de se sentir mouiller sans avoir eu de douleurs ou après quelques contractions faibles.

L'utérus débarrassé d'une faible quantité de liquide revient sur lui-même et se contracte énergiquement, le travail est activé et les fœtus quittent bientôt la cavité utérine.

OBSERVATION 1910

Mme K..., âgée de 19 ans. Primipare.

La femme ne signale aucune grossesse gémellaire dans les antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement et pendant trois jours. Les règles sont peu abondantes, mais douloureuses. Pas de leucorrhée intermenstruelle.

Les dernières règles sont du 16 au 19 mai.

La femme signale une chute de trois mètres étant enceinte de trois mois et une autre chute de quatre mètres quelques temps après. Elle eut des vomissements céphalées, crampes dans les jambes et un léger œdème des membres inférieurs et des mains durant le dernier mois.

Elle a senti remuer au mois de novembre et c'est depuis cette date qu'elle a remarqué l'augmentation considérable de l'abdomen. Cette augmentation n'entraîne pas de troubles généraux.

Elle vient à la consultation du 5 janvier. L'utérus est volumineux, résistant. La corne droite est un peu plus développée que la corne gauche. La palpation est rendue difficile ; elle permet pourtant de sentir une tête profondément engagée, un plan résistant se continuant avec elle, un siège dans la corne gauche et un autre pôle dur ballotable dans la fosse iliaque droite. A l'auscultation, les battements fœtaux sont perçus uniquement du côté gauche de l'utérus. Le toucher montre la présence d'une tête peu engagée, petite que l'on refoule vers le haut. Si on déprime en ce moment le pôle situé dans la fosse iliaque, on a la sensation qu'il vient buter contre cette tête. On ne constate pas d'albumine dans les urines.

La femme entre à la salle de travail le 7 janvier à 8 heures du soir disant avoir mal depuis 10 heures du matin. Au toucher, on sent le col fermé qui s'efface.

Le 8 janvier, à 9 heures du matin, la dilatation est comme 2 fr. A 5 heures du soir le travail n'a pas progressé et il reste stationnaire jusqu'au lendemain matin. Pendant ce temps, la femme est assez agitée et présente quelques troubles délirants. Une nouvelle analyse d'urine ne relève pas la présence d'albumine. L'agitation va en s'accroissant pendant la nuit et la matinée du 9 janvier. A 7 heures du matin le col est très mince, dilaté comme 2 fr. et la poche des eaux se rompt spontanément.

A 9 heures du matin, la dilatation est complète et à 9 h. 1/4, la femme expulse un premier fœtus qui est un garçon pesant 2.000 gr. et s'étant dégagé en OIGA. On procède après avoir sectionné le cordon entre deux ligatures à la rupture artificielle de la deuxième poche des eaux. A 9 h. 1/2, expulsion d'un deuxième fœtus qui est une fille pesant 1.900 gr. et s'étant dégagé en OIGP.

Un quart d'heure après, délivrance normale et expulsion de

deux placentas bien distincts séparés par un pont membraneux. Le premier placenta expulsé était celui du premier fœtus.

Poids du 1^{er} fœtus : 2.000 gr. Cordon : 55 cm.

— 2^e — 1.900 gr. — 45 cm.

Poids des placentas : 900 gr.

Durée du travail depuis début jusqu'à la rupture à la dilatation de 2 frs = 45 heures.

Durée de la dilatation de 2 fr. à l'expulsion : 2 h. 1/2.

Durée totale : 45 + 2 + 1/2 = 47 h. 1/2

En parcourant cette observation, nous voyons que le travail est extrêmement lent *et reste même stationnaire à la dilatation de 2 fr. pendant 22 heures.* Dès la rupture des membranes, les contractions reprennent énergiquement et deux heures après, la dilatation est complète et l'expulsion se fait spontanément.

Dans ces cas, nous ne devons pas laisser la femme s'agiter et se fatiguer inutilement. Il faut rompre artificiellement la poche des eaux, si nous sommes en présence d'une femme qui a des douleurs continues avec dilatation stationnaire depuis plusieurs heures.

3° Hydramnios

Nous venons de voir que la présence d'un gros fœtus ou de deux fœtus était une cause de travail lent si la poche des eaux restait intacte. Dans le cas d'hydramnios, c'est la trop grande quantité de liquide qui nuit à la dilatation. De plus, avant l'accouchement, la femme est souvent dans un état grave.

En effet, l'hydramnios peut nécessiter la rupture intempestive des membranes dans deux cas :

1° Hydramnios moyen avec lenteur du travail ;

2° Hydramnios aigu avec phénomènes généraux inquiétants.

Dans les cas légers, l'utérus étant augmenté de volume et la respiration maternelle gênée, on doit rompre les membranes à travers le col si le moment de l'accouchement est arrivé.

Mais l'hydramnios aigu peut survenir pendant la grossesse avant terme et devenir si considérable qu'il comprime les organes maternels ; dans ce cas, nous devons encore rompre la poche des eaux, car si nous attendons, nous risquons de perdre la femme et l'enfant ; d'ailleurs, la grossesse est ordinairement avancée et l'accouchement après rupture artificielle permet à l'enfant de vivre sans inconvénients.

Il faut cependant avoir soin de rompre la poche à l'aide d'un perce-membranes spécial de façon à ce que les eaux ne s'écoulent pas trop rapidement. La sortie brusque du liquide pourrait en effet occasionner une syncope chez la femme par suite de l'abaissement rapide de la pression abdominale.

Dès l'évacuation d'une partie du liquide, les contractions utérines seront stimulées par le contact du pôle fœtal ; de plus, la femme soulagée réunira ses efforts à ceux de l'utérus et l'accouchement se terminera plus vite.

ANNÉE 1910

Mme L..., 37 ans. V^e grossesse.

Dernières règles du 20 au 25 juillet. La femme ne se rappelle pas depuis quelle date elle est enceinte. Elle a senti remuer à la fin de décembre. La femme dit n'avoir perçu que de faibles mouvements actifs. Elle a eu quelques vomissements au début, des malaises d'estomac et céphalée pendant tout le cours de la grossesse. Elle n'a pas eu de troubles de l'état général ni d'œdème des membres inférieurs.

Elle entre à la Maternité le 30 mai, à 10 heures du matin. L'utérus est volumineux, en antéversion et se contractant assez fréquemment. Ses dimensions sont considérables ; la hauteur utérine est de 48 centimètres et l'utérus est un peu déjeté à droite. La peau est sillonnée par des veines apparentes et présente de nombreuses et larges vergetures.

Le liquide amniotique est très abondant, la sensation de flot est facile à percevoir.

Le fœtus est gros, en présentation transversale ; la tête se trouve à gauche et le dos en avant.

Au toucher, le col est élevé, assez difficile à trouver parmi les replis vaginaux. L'orifice externe seul est ouvert. En exerçant une pression brusque sur l'utérus à travers la paroi abdominale, le doigt sent la fluctuation. Le fœtus se déplace assez facilement et par manœuvres externes, la tête est ramenée au niveau du détroit intérieur.

A l'examen des urines, on note de l'albumine qui disparaît avec le régime lacté. Le premier jour, le fœtus est de nouveau en présentation transversale puis le lendemain en siège. On corrige en présentation du sommet au moyen de la version par manœuvres externes et on applique une ceinture pour fixer la présentation.

La tête reste haute et a tendance à se dévier ; à un examen

ultérieur, on constate que malgré l'application de la ceinture, la tête se trouve dans la fosse iliaque gauche.

Dès le 4 juin, le fœtus reste en présentation du sommet. La tête est haute ; la femme est mise au repos et garde la ceinture.

Elle entre à la salle de travail le 8 juin, à 10 heures du matin, disant avoir mal depuis 3 heures du matin. Au palper, la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur. Les battements sont perçus à gauche.

A 11 h. $3/4$ les membranes se rompent et le col dilaté comme 5 fr. se referme mais reste largement ouvert.

A 1 h. $1/2$, la tête se fixe en D. P. La dilatation est de 5 fr. Les contractions deviennent énergiques.

A 3 h. $1/4$, dilatation complète.

A 3 h. $1/2$, expulsion d'un garçon, 5.300 gr.

Placenta, 900 gr. ; cordon, 85 cm.

Durée du travail depuis début jusqu'à rupture, 8 h. $3/4$.

Durée du travail depuis rupture jusqu'à dilatation, 3 h, $1/2$,

Durée de l'expulsion, $1/4$ d'heure.

En lisant cette observation, nous remarquons que :

1° Dans le cas d'hydramnios, la ceinture n'est pas toujours suffisante pour maintenir le fœtus dans la position longitudinale car l'excès de liquide ne permet pas de comprimer assez fortement les parois de l'utérus ;

2° Que les contractions deviennent énergiques après la rupture ;

3° La dilatation complète s'est faite 3 h. $1/2$ après l'ouverture de la poche des eaux à la dilatation de 5 fr. et l'expulsion $1/4$ d'heure après la dilatation complète.

Ces résultats montrent l'influence heureuse de la rupture des membranes. La durée du travail fut, il est

vrai, de 3 h. 1/2 pour arriver de la dilatation de 5 fr. à la dilatation complète, mais il faut remarquer la position de la tête fœtale qui s'est fixée en D. P. Or, dans ces cas, l'accouchement est plus lent car la rotation interne est plus longue que dans les présentations antérieures.

4° Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta

L'hémorrhagie qui survient dans les derniers mois de la grossesse ou pendant le travail est un accident grave pour la mère et l'enfant. Elle est le résultat d'un décollement plus ou moins grand du placenta dû au tiraillement des membranes.

Si la portion des membranes adhérente au placenta n'est pas assez résistante, elle se rompt naturellement et l'accouchement se fait spontanément, sans hémorrhagie; aussi en examinant la délivrance dans les cas de rupture précoce, on s'aperçoit très souvent de la friabilité de ces membranes et de leurs ruptures à quelques centimètres du bord placentaire.

Si les membranes amniochoriales ne se sont pas rompues, le chorion seul peut se rompre et le travail continuer normalement avec une poche des eaux formée par l'amnios seul qui a glissé sur le chorion. Dans ce cas, la femme n'aura ni perte de sang, ni écoulement d'eau avant la dilatation complète.

Cette dissociation des membranes serait donc le meilleur traitement actuel de l'insertion vicieuse du placenta. « Alors que la méthode pratique du traitement

des hémorrhagies de l'insertion vicieuse réside dans la rupture large des membranes (Pinard, chorion et amnios), la méthode théorique idéale mais irréalisable artificiellement réside dans la rupture large du chorion (1) ».

Ainsi, si la femme ne perd pas d'eau, elle perd du sang. Or, nous ne devons pas la laisser s'affaiblir. Dès qu'une hémorrhagie sérieuse se déclare, « la ponction des membranes est la première chose à faire. C'est le remède le plus efficace et on l'a toujours à sa portée. Il est souvent suffisant à lui seul et il ne met aucun obstacle aux autres manœuvres qu'on pourra avoir à exécuter (2) ».

M. le Professeur Pinard conseille aussi ce moyen comme traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse : « que la femme soit ou non en travail, et, dans ce cas, l'orifice présentât-il seulement une dilatation lenticulaire, que la présentation soit *celle de l'extrémité céphalique ou de l'extrémité pelvienne*, si la femme a une hémorrhagie inquiétante pour la mère et l'enfant, rompez les membranes et déchirez les largement (3) ».

Si le placenta est inséré sur la partie centrale du col, on ne doit pas rompre les membranes à travers le placenta. Il faut le décoller du côté où son bord n'est pas trop éloigné de l'orifice ; ce petit cotylédon est presque toujours à la partie antérieure du segment inférieur.

(1) FRUHHINSHOLZ. *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} novembre 1911.

(2) BARNES. *Traité d'obstétrique*.

(3) PINARD. *Traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse*.

Dès que le décollement est terminé, on rompt les membranes comme dans l'insertion basse simple. Si l'hémorragie persistait malgré la rupture, on recourrait à la dilatation manuelle car plus vite l'utérus sera vidé, plus vite l'hémorragie cessera.

Mais dès que les membranes sont rompues, l'écoulement s'arrête et l'accoucheur laisse à la nature le soin de continuer le travail.

OBSERVATION 1907

Mme G..., 30 ans. VII^e grossesse.

La femme entre à la salle de travail le 6 mai, à 10 heures du soir, ayant mal depuis 3 heures et perdant du sang. La présentation est celle du sommet fixé en position G. A. Les battements sont normaux et, par le toucher, on sent un col entr'ouvert. Le doigt retire quelques petits caillots qui se trouvent dans le col. On fait quelques injections chaudes qui arrêtent l'écoulement sanguin.

Vers 1 heure du matin, la femme perd de nouveau et par le toucher, on constate que le col est en partie effacé et dilaté comme 1 fr., les membranes sont intactes.

Le doigt, en se dirigeant en arrière arrive sur le bord placentaire. *On rompt aussitôt les membranes et l'hémorragie s'arrête.*

A 2 h. 1/2, expulsion d'un garçon de 2.100 grammes.

D. N., 20 minutes après.

Placenta, 400 grammes ; cordon, 30 centimètres.

Rupture des membranes près du bord placentaire.

Durée du travail jusqu'à rupture, à la dilatation de 1 fr. : 8 heures.

Durée du travail depuis rupture : 1 h. 1/2.

OBSERVATION 1907

Mme C..., 32 ans. IV^e grossesse.

La femme a eu ses dernières règles le 5 mars. Elle n'a pas eu de phénomènes sympathiques pendant la grossesse. Elle a senti remuer le 8 juillet. Le 27 novembre, à 11 heures du soir, perte sanguine assez abondante se produisant brusquement lorsque l'entrante monte au lit. Cette perte s'arrêta à la suite d'injections chaudes. La femme entre à la Maternité le 28 novembre, à 6 heures du soir. On constate une présentation du sommet mobile en O I D. La femme ressent quelques petites douleurs la nuit, douleurs qui vont en s'accroissant vers le matin.

A 6 heures du matin, la femme perd un peu, on fait une injection chaude. Par le toucher on trouve un col dirigé derrière la symphyse pubienne. Les battements fœtaux sont normaux. A 8 h. 1/2, écoulement de sang très abondant. La femme a des contractions plus énergiques ; on pratique le toucher et on constate que le col est ouvert *comme 2 fr.* Les membranes sont intactes, *très épaisses*, et le bord placentaire accessible dans la région postérieure de l'orifice utérin.

La tête bien maintenue au détroit supérieur, en rompt largement les membranes. L'écoulement sanguin s'arrête. A 9 heures, la tête a une tendance à filer dans la fosse iliaque droite, elle est facilement ramenée au détroit supérieur.

A 3 heures du soir, la tête se fixe, les contractions deviennent plus énergiques. La dilatation est de 5 fr.

A 4 h. 1/2, la tête est complètement engagée et entraîne quelques caillots.

A 4 h. 1/2, la femme expulse une fille de 3.250 grammes.

D. N. 1/2 heures après.

Placenta, 500 grammes ; cordon, 60 cm. ; 1 circulaire.

A l'examen du placenta, on constate l'insertion du cordon au centre et la rupture des membranes au bord du placenta.

Durée du travail depuis rupture à 2 fr. : 8 heures.

OBSERVATION 1908

Mme L..., 25 ans. Primipare. A eu ses premières règles à 18 ans et les dernières le 5 juin.

Les premières douleurs ont apparu le 22 février, à 9 heures du soir. Le 23 février au matin, la femme commence à perdre du sang en quantité abondante. Elle entre à la Maternité le 23, à 10 heures du matin, continuant à perdre.

On constate une présentation du sommet qui s'engage en D. P. L'enfant est vivant et la dilatation comme *une paume de main*. On *rompt artificiellement les membranes*; l'écoulement de sang s'arrête aussitôt et, à 2 heures du soir, la femme expulse une fille de 3.550 gr.

D. N., 20 minutes après.

Placenta, 500 grammes; cordon, 30 cm.

2 points de suture. Rupture à 3 centimètres du bord placentaire.

Durée du travail jusqu'à rupture, 13 heures.

Durée du travail depuis rupture, 4 heures.

En lisant ces observations, on a pu se convaincre de l'excellent résultat de la rupture précoce des membranes. Par l'écoulement des eaux, la contractilité du muscle utérin est réveillée; l'utérus revient sur lui-même et ses parois s'appliquent directement sur la présentation fœtale qui sert de tampon et permet d'attendre la dilatation du col pour intervenir si l'accoucheur le juge nécessaire.

5° Hémorrhagie rétro-placentaire

Les hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta sont assez fréquentes et la rupture des membranes sauve

ordinairement la vie de la mère et de l'enfant. Mais dans le cas d'hémorrhagie rétro-placentaire la femme et l'enfant courent un grand danger ; aussi le pronostic est grave, car si la mère ne succombe pas immédiatement à l'hémorrhagie, elle peut être anémiée ou infectée et mourir quelques jours plus tard. Quant au fœtus, le pronostic est encore plus sérieux, car la circulation étant supprimée, il meurt asphyxié si l'accouchement ne se fait pas aussitôt le décollement du placenta. Goodell « sur 106 cas, a eu 54 mères pour succomber et 6 enfants seulement sont rapportés vivants » (1).

Aussi, dès qu'une hémorrhagie foudroyante éclate, et met la mère à l'agonie, il est préférable de tenter l'opération césarienne. « Je n'hésiterais pas alors, dit M. le professeur Pinard, à aller directement par la laparatomie atteindre le foyer hémorrhagique inaccessible par les voies naturelles ».

Mais si nous nous trouvons en présence d'une hémorrhagie à marche lente, nous devons remonter les forces de la malade et essayer de faire rétracter l'utérus en perforant les membranes. Ainsi, l'ouverture béante des vaisseaux déchirés sera amoindrie car le liquide amniotique disparu permettra à la fibre utérine de revenir sur elle-même.

Certains accoucheurs hostiles à la rupture des membranes, objectent que le travail peut tarder malgré l'ouverture de l'œuf ; aussi préfèrent-ils le tamponnement pour arrêter l'hémorrhagie. C'est un procédé

(1) *American Journal of obst*, 1867. Accidental Hemorrhage of the gravid uterus.

d'attente et non un procédé curateur ; il peut arrêter l'hémorrhagie, un instant, mais il favorise la pullulation des germes qui se trouvent dans le sang ainsi arrêté et forme un excellent milieu de culture.

Quant aux injections chaudes à 48°, elles sont bonnes pour l'écoulement sanguin faible dans l'insertion basse du placenta si la femme n'est pas arrivée au terme de la grossesse, mais dans le cas d'hémorrhagie rétroplacentaire avec placenta normalement inséré, le liquide ne peut atteindre le foyer, aussi n'ont-elles aucune utilité dans les hémorrhagies haut situées.

L'accélération du travail est alors la seule méthode capable de donner des succès et nous verrons dans l'observation publiée que la durée de l'accouchement fut très courte après la rupture des membranes.

OBSERVATION 1904

Mme S..., 42 ans, repasseuse, n'a jamais été malade.

Elle a fait ses premiers pas à un an, a été réglée à 15 ans bien régulièrement. Elle a eu 10 grossesses à terme. Tous les enfants sont nés vivants en présentation du sommet ; les suites de couches ont toujours été normales. Trois enfants sont morts, un à 11 mois de méningite ? un à 14 mois de méningite ? un à 6 mois de cholérine ; il avait été élevé au biberon.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles se sont terminées le 5 janvier. La grossesse s'est passée sans incidents ; la femme n'a pas cessé de travailler. Elle n'a pas présenté de signes d'albuminurie pendant cette grossesse, à part quelques petits épistaxis au début. On n'a pas fait d'examen d'urines pendant la grossesse. Elle a senti remuer son enfant jusqu'à son entrée à la Maternité, c'est-à-dire jusqu'à hier 18 septembre à une heure de l'après-midi.

Le 18, à 9 heures du matin, elle perd subitement du sang en abondance. On couche la malade qui a une syncope et on remarque à ce moment que le ventre grossit (depuis la veille déjà la femme avait remarqué que son ventre grossissait). Une sage-femme appelée conseille d'envoyer la malade à la Maternité.

L'hémorrhagie qui avait commencé à 9 heures dure jusqu'à 10 heures pour reprendre à midi au moment où une voiture vient amener la femme à la Maternité.

A son arrivée à une heure, la malade perd encore assez abondamment. Le pouls est petit, rapide, la face pâle, les muqueuses décolorées.

L'utérus est volumineux, remontant jusqu'au creux épigastrique, très tendu d'une façon permanente et gênant la palpation. Le col est effacé, dilaté comme 30 centimes. La poche des eaux est tendue d'une façon constante ; on sent cependant la tête qui s'engage et des caillots entre la tête et le col.

On donne quelques injections chaudes ; l'hémorrhagie s'arrête, puis reprend de nouveau vers 4 heures abondamment.

La dilatation étant comme *une pièce de 5 fr.*, on rompt les membranes. Le liquide amniotique a sa coloration normale. La tête s'engage profondément et la femme cesse de perdre. A 4 h. 1/2, l'hémorrhagie recommence ; *la dilatation est complète*. La tête progresse rapidement et au moment où elle est arrivée sur le périnée, l'hémorrhagie cesse. Peu après, la femme expulse un fœtus mort flasque et bleu, suivi immédiatement de gros caillots. Le placenta est encore dans l'utérus, mais complètement décollé ; on en fait l'extraction manuelle, puis on fait une injection iodée intra-utérine. On fait également une injection cutanée de 350 gr. de sérum artificiel.

On examine les urines et on constate de l'albumine en abondance.

Poids : 440 gr. La rupture des membranes s'est faite loin du bord placentaire. On remarque un infarctus rouge, gros comme

une noisette, saillant sur la face fœtale, Sur la face maternelle, on voit de nombreux infarctus récents, dont trois seulement sont fraîchement collectés.

Le fœtus pèse 4.000 gr. Il présente des ecchymoses multiples sous-pleurales ; on en trouve également dans le thymus et sous le péricarde.

Le sang de la veine et des artères ombilicales est de couleur foncée.

Durée du travail depuis 0 fr. 50 à 5 fr. : 3 heures.

— *5 fr. à dilatation complète : 1/2 h.*

6° Mobilité du fœtus

On rencontre parfois dans la pratique, des cas dans lesquels le fœtus n'est pas fixé à la fin du neuvième mois et même au début du travail malgré l'absence d'hydramnios. Il peut conserver une position longitudinale, mais la présentation est mobile, dirigée tantôt dans la fosse iliaque droite, tantôt dans la fosse iliaque gauche. Si nous en faisons le diagnostic pendant la grossesse, avant le début du travail, la mobilité n'a rien d'alarmant ; cependant, l'accoucheur doit surveiller le fœtus et le maintenir dans une bonne position au moyen d'une ceinture dès le milieu du neuvième mois.

Mais, dès que le travail est commencé et que la mobilité persiste, devons-nous laisser la femme dans le décubitus dorsal en lui recommandant de ne pas bouger ? Dans ces cas, la ceinture ne peut quelquefois maintenir la présentation et, si la poche des eaux se rompt spontanément, l'épaule peut s'engager et le cordon procider puisqu'aucun pôle fœtal n'obstrue l'orifice.

C'est dans ces cas que la rupture artificielle faite à propos permet à l'accoucheur de fixer le fœtus dans la présentation la plus favorable. Mais il faut une grande attention.

« Beaucoup de personnes en pareils cas, les sages-femmes surtout poussées par une curiosité hâtive, s'empres- sent de rompre les membranes pour savoir tout de suite ce qu'elles cachent. C'est la plus grande faute que l'on puisse commettre. Lorsqu'on avise de rompre la poche des eaux avant que la dilatation du col soit faite, si l'on constate la présence de la tête ou du siège au niveau du détroit supérieur, il n'y aura probablement pas d'accidents à regretter. Mais s'il arrivait que ce fut le tronc qui se présentât, comment sortiriez-vous de ce mauvais pas ». (1)

M. le professeur Herrgott, de Strasbourg, traduisit en 1856 un mémoire excellent de Wigand, accoucheur de Hambourg et montra que « si par le toucher on s'aperçoit que les manœuvres externes ont fait descendre la tête ou le siège sur l'orifice utérin, il faut rompre la poche afin de fixer l'enfant dans cette meilleure position, par la compression que les parois utérines peuvent exercer sur lui. Dès que les eaux se sont écoulées, la femme doit non seulement rester tranquille, mais il faut aussi que le ventre soit comprimé des deux côtés assez fortement et assez longtemps jusqu'à ce que la partie qui se présente soit chassée assez bas dans l'excavation pour qu'il devienne dorénavant impossible que le fœtus reprenne sa position primitive ».

(1) PAJOT.

Depuis ce mémoire et connaissant les règles du palper et de la version par manœuvres externes, nous devons tenter la version pendant le travail dans l'intervalle des contractions et :

1° *Essayer de maintenir la présentation au moyen d'une ceinture eutocique.*

2° *En cas d'échec de celle-ci, régulariser la présentation et rompre les membranes.* Les observations suivantes nous montrent que la tête se fixe aussitôt le liquide amniotique écoulé. De plus, le travail est terminé rapidement bien que la dilatation ne soit pas complète au moment de la rupture.

OBSERVATION 1909

Mme B..., II^e grossesse.

La femme entre à la salle de travail le 3 juillet à 8 heures du soir ayant mal depuis la veille. A l'examen on trouve une *tête mobile*, le dos est à gauche et l'enfant vivant.

Le col est ouvert et les membranes intactes. A 10 heures, les membranes se rompent spontanément ; le col est dilaté comme 5 fr., la tête se fixe, la suture sagittale est dirigée dans le diamètre oblique. A 3 heures, la tête est dans l'excavation et à 4 heures expulsion d'une fille de 2.900 gr.

1 circulaire : P. 430 gr.

C. 60 cm.

D. N. 10 minutes après.

Durée du travail, avant rupture : 24 heures ;
après rupture : 6 heures.

OBSERVATION 1910

Mme M..., 24 ans. III^e grossesse.

La femme a ressenti les premières douleurs le 5, à 8 heures ; elle entre à la Maternité à 9 h. 1/2. A l'examen, on constate une tête mobile au détroit supérieur ; battements fœtaux à gauche et le col dilaté comme une paume de main. La poche des eaux remplit l'excavation.

A 11 h. 1/4, rupture des membranes ; à ce moment, *la tête se fixe* en gauche transverse et le col se referme.

A 1 h. 1/4, la dilatation est complète et la tête repose sur le périnée.

A 1 h. 1/2, expulsion d'une fille pesant 3.000 gr. 1 circulaire serré sectionné sur le cou de l'enfant.

D. N. 1/4 d'heure après.

Placenta, 550 gr. ; cordon, 45 cm.

Durée du travail jusqu'à rupture, 3 h. 1/4.

Durée du travail après rupture, 2 heures.

7° Procidence du cordon réduite.

Dans les cas de mobilité anormale du fœtus pendant le travail, il arrive parfois de sentir une anse du cordon à travers les membranes. En effet, le fœtus n'étant pas engagé permet au cordon de descendre dans la poche des eaux. Dans ce cas, la rupture spontanée est à craindre, car le cordon pourrait alors être comprimé entre la partie fœtale et les parois maternelles, aussi, doit-on essayer de réduire la procidence au moyen des doigts ou en mettant la femme dans la position genu-pectorale. Si on est parvenu à le refouler, on peut rompre les membranes pendant qu'un aide maintient

la présentation fœtale au détroit supérieur. La présentation se fixe peu après et la procidence n'est plus à craindre.

8° Adhérénces anormales des membranes.

Faiblesse du muscle utérin.

Quelquefois, l'accoucheur est appelé auprès d'une femme en travail, d'âge en rapport avec la parité, et dont l'utérus a des dimensions normales pour l'époque de la grossesse. A l'examen, on ne trouve ni dystocie maternelle ni dystocie fœtale et, cependant, le travail n'avance pas.

L'utérus reste dans une légère contraction permanente et si nous palpons l'abdomen à ce moment, nous avons « une sensation analogue à celle qu'on éprouve quand on déprime une vessie de caoutchouc distendue par du liquide ou de l'air. Ce n'est pas la sensation molle qu'on perçoit en l'absence de toute contraction quand on déprime la paroi de l'utérus normalement rempli ; ce n'est pas davantage la sensation dure, presque ligneuse, qu'on perçoit lorsqu'on déprime la paroi utérine lors de sa contraction ; c'est une sensation intermédiaire qu'on peut comparer à celle très connue et qu'on perçoit quand on déprime la paroi d'un kyste bien rempli (1) ».

Puis après plusieurs heures et même 24 heures, la poche se rompt avant la dilatation complète et l'accouchement se termine rapidement.

(1) PINARD. Traité du Palper abdominal, 2^e édition, 1889.

Pourquoi ce long travail ? C'est que, pour vaincre le col, il faut que la partie supérieure du muscle utérin agisse par contractions intermittentes. Si la contractilité utérine est permanente, il n'y a plus d'intermittences et l'orifice utérin reste à la même dilatation.

Or, la tension constante peut ne pas dépendre du contenu utérin comme dans les cas de surdistension, mais du contenant qui n'est pas assez étoffé.

Chez certaines femmes, le fœtus et le liquide amniotique bien que normaux aux yeux de l'accoucheur, sont exagérés pour le muscle utérin. Celui-ci, sans être distendu, a une musculature trop faible et ne se contracte pas assez énergiquement pour provoquer l'accouchement. Le col ne se dilate pas, et la femme s'énerve et réclame un prompt soulagement.

D'autre part, l'utérus peut être assez puissant mais la poche des eaux, qui est physiologiquement utile à la dilatation, peut nuire à cette dilatation. Dans ces cas, le chorion reste adhérent à la caduque malgré les contractions utérines. Alors, ces membranes qui devaient former la poche des eaux et aider à l'effacement du col, ne peuvent remplir leurs fonctions et le col reste intact. En effet, pour que la poche des eaux serve de coin dilatateur, il faut qu'elle puisse se livrer passage. Pour cela, « le piston qui va jouer, mû par la contraction utérine, doit être libre de toute ankylose, il faut qu'il se libère (1) ».

Ces adhérences anormales peuvent exister un jour et même plus ; l'utérus se contracte vainement. Puis tout

(1) FRUHHINSHOLZ. *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} novembre 1911.

à coup, soit qu'une reconnaissance par un toucher attentif ait décollé les membranes amniochoriales de la caduque, soit que le chorion se soit déchiré et les membranes amniochoriales ne soient dissociées, l'accouchement reprend sa marche normale. La dissociation des membranes serait, dans ce cas, de même que dans l'insertion vicieuse du placenta, le meilleur traitement, mais il est irréalisable artificiellement.

OBSERVATION 1910

Mme T..., 19 ans. Primipare.

A marché à 1 an. Réglée à 13 ans régulièrement, 3 jours de durée. Règles peu abondantes. Pas de troubles sympathiques dans le cours de la grossesse. La femme entre à la Maternité le 20 juin. La tête fœtale est mobile en gauche; on ne constate pas de rétrécissement.

La femme entre à la salle de travail le 24 juin, à 11 h. 1/2 du soir. La tête s'amorce en O I G A. L'enfant est vivant. Les membranes se rompent spontanément à la dilatation d'une petite paume de main.

A 1 h. 1/4, expulsion d'une fille de 3.700 gr.

Placenta, 500 gr. ; cordon, 60 cm. D. N.

A l'examen de la délivrance, on reconnaît la dissociation des membranes.

Nous remarquons que cette dissociation des membranes a permis à l'accouchement de suivre une marche à peu près normale, puisque la poche des eaux ne s'est rompue qu'au moment où le col était dilaté comme

une paume de main. Mais, ne pouvant dissocier artificiellement les membranes, nous devons les rompre si le travail est lent, car les injections chaudes données dans le cas d'adhérences anormales ne les supprimeraient pas et le travail resterait stationnaire.

TROISIÈME PARTIE

Après avoir montré les cas dans lesquels tous les accoucheurs rompent les membranes avant la dilatation complète, nous allons exposer, sous forme de tableaux, les observations précises de ruptures prématurées et précoces recueillies personnellement à la Maternité. Nous avons choisi nos observations parmi les cas où tout est absolument normal, c'est-à-dire sans dystocie fœtale, ni maternelle. De plus, nous n'avons étudié que les cas de présentation du sommet dans les ruptures précoces.

Après avoir exposé ces tableaux, nous verrons ce que nous apprend l'examen de chacun d'eux et l'examen de l'ensemble.

Dans les deux premiers, nous avons groupé les cas de *ruptures prématurées* des membranes chez primipares et chez multipares.

Dans les tableaux suivants, nous avons réuni les cas dans lesquels *la rupture s'est faite au moment des premières douleurs et avant la dilatation complète*. Chacun

de ces tableaux correspondra à un degré *différent de dilatation du col*.

La première série (III^e, IV^e, V^e, VI^e) comprend les ruptures précoces chez les primipares ; la seconde (VII^e, VIII^e, IX^e, X^e) comprend les ruptures précoces chez les multipares.

TABLEAUX

PRIMIPARES. — Rupture prématurée

N ^o	DEGRÉ de GROSSESSE	INTERVALLE entre rupture et travail	PRÉSENTATION	DEGRÉ d'engagement au début du travail	DURÉE de la DILATATION	DURÉE de l'EXPULSION	POIDS de L'ENFANT	OPÉRATIONS et SUITES D'ACCOCHEMENT
1	9	36	OIDP	Tête engagée	5	1	3 000 g.	1 point de suture.
2	7	61.2	OIDP	Sommet s'engage	7 1/2	1 2	1 300 g.	
3	9	4	OIGA	Sommet s'engage	4 3/4	1 1/4	4 200 f.	
4	9	1	OIDP	Sommet s'engage	2 1/2	1	3 450 g.	T. 39°. Injection intra.
5	9	1	OIGA	Sommet s'engage	3 1/2	1/2	3 250 g.	
6	8 1/2		OIGA	Tête engagée	9 1/2	1 2	2 700 f.	Forceps. Point de suture.
7	9	5	OIGA	Tête engagée	5 1/2	1 2	2 800 f.	Rupture des membranes à 3 cm. du bord placentaire.
8	9	13	OIGA	Petite fontanelle accessible à gauche et en arrière	7 1/2	5	3 650 f.	
9	9	2	OIDP	Sommet s'engage	14	1 1/2	3 150 f.	Rupture des membranes à 3 cm. du bord placentaire.
10	9	4	OIGA	Sommet s'engage	1	2	3 600 g.	
11	9	4	OIGA	Sommet s'engage	4	3 1/4	3 200 g.	
12	9	39	OIGA	Tête engagée	6 1/2	3/4	3 300 f.	
13	7	3	OIGA	Tête s'amorce	3	1/2	1 900 f.	
14	9	8	OIGA	Sommet engagé	8	20'	3 350 g.	1 point de suture.
15	8	4	OIGA	Sommet engagé	1 1/4	1/4	2 100 g.	Rupture des membranes près du bord placentaire.
16	9	1	OIGP	Tête s'engage	7	5	4 000 g.	Enfant né étouffé. Forceps 4 n.

N°	Sexe	Age	Etat civil	Profession	Partie s'engage	Oligo-	Poids f.	Poids g.
18	9	3	OIDP	Sommet engagé	9 1/2	1 1/2	2800 f.	
19	8	5	OIGA	Tête engagée	5	3/4	2700 g.	
20	8	13	OIDP	Tête engagée	5	3/4	2200 g.	
21	9	1 1/2	OIGA	Tête engagée	7 1/2	1 2	3300 g.	2 points de suture
22	9	1	OIGA	Tête engagée	3	40'	3700 g.	
23	9	33	OIDP	Tête engagée	6 1/2	1 2	2800 f.	Rupture des membranes à 3 cm. du bord placentaire.
24	9	2	OIGA	Tête engagée	5	3/4	3300 f.	
25	9	23	OIDP	Tête engagée	6	2 1/2	2500 f.	
26	7 1/2	16 1/2	OIDP	Tête engagée	7	1/4	3250 g.	Mort apparente. 1 point de su- ture.
27	9	6	OIDP	Sommet s'engage	13 1/2	1 2	3600 f.	
28	9	14	OIGA	Sommet s'engage	2 1/4	1	2950 f.	
29	9	6	OIDP	Tête s'engage	7 1/2	5	3000 g.	Placenta marginé. Rupture près du bord placentaire.
30	9	1	OIGA	Tête engagée	3 1/2	1 2	2600 f.	
31	9	1	OIGA	Tête engagée	2 1/2	1	5000 g.	
32	8	20	OIGP	Tête s'engage	2 1/2	1 2	2600 g.	2 points de suture.
33	8	1 2	SIGA	Siège s'engage	14	1	1600 g.	Rupture des membranes à 5 cm. du bord placentaire.
34	8	6	OIGA	Tête engagée	10	1 2	2700 g.	
35	8 1/2	24	OIDP	Sommet engagé	12	3	2800 f.	Rupture des membranes à 5 cm. du bord placentaire.
36	9	1	OIGA	Sommet engagé	4	1 05	2450	
37	8	1	OIGA	Tête engagée	6	1 2	2200 g.	

MULTIPARES. — Rupture prématurée

N°	TERME de GROSSESSE	INTERVALLE entre rupture et travail	PRÉSENTATION	DEGRÉ d'engagement au début du travail.	DURÉE de la DILATATION	DURÉE de l'EXPULSION	POIDS de L'ENFANT	ACCIDENTS et SUITES DE COUCHES
1	8 1/2	5	Position transverse. Version	Tête au-dessus du détroit supérieur	4	1/4	2 700 f.	
2	9	12	Siège mode des fesses		3 1/2	1/2	2 480 g.	Rupture des membranes à 5 cm. du bord.
3	9	1 2	OIGA	Sommet engagé	3 1/2	1/2	3 400 g.	Phlébite
4	9	3			3 1/2	1 2		
5	9	13	OIGA	Sommet engagé	5 1/2	1 2	2 030 g.	
6	7	28 1 2	SIGA	Membres inférieurs tendant à s'engager	2 1/4	1/4	2 100 f.	Délivrance artificielle. Injection.
7	9	14	OIGA	Tête engagée	16 1/2	2 1/2	2 850 f.	
8	9	12	OIGA	Tête engagée	7 20'	10'	2 500 f.	Rupture à 4 cm. du bord.
9	9	7	OIGA	Tête engagée	5 1/2	1/2	3 700 g.	Rupture à 3 cm. du bord.
10	9	12	OIGA	Tête engagée	8 1/2	1/2	3 500 g.	
11	8	1	OIGA	Sommet engagé	2 1/2	1/2	2 200 g.	
12	9	5	OIGA	Sommet engagé	10 1/2	1/2	2 800 f.	
13	9	3	OIGA	Tête engagée	5 1/2	1/2	2 700 g.	
14	9	1	OIGA	Tête amorcée	2	1	3 950 f.	
15	9	12	OIGA	Sommet engagé	10	1 2	2 800 f.	Rupture des membranes près du bord.
16	8	17	OIGA	Sommet engagé	2 1/2	1/2	3 300 f.	
17	9	5	OIDP	Sommet engagé	3 1/2	1 2	3 000 g.	Insertion vélalementeuse.
18	9	44	OIDP	Tête non fléchie	3 1/2	3 1/2		
19	8 1/2	2	OGT	Tête non fléchie	5	1/2	2 600 g.	Hémorrhagie pendant grossesse. Version. Injection KMnO ⁴ .
20	9	2	OIGA	Sommet engagé	5	1	2 600 f.	
21	8	4	OIDP	Sommet s'engage	6	1 4	3 700 f.	Rupture à 2 cm. du bord.

23	6	95	OIGA	Sommet s'engage	4 1/2	1/2	1 900 g.
24	7	3	OIDP	Sommet s'engage	8	1/2	2 500 f.
25	9	3 1/2	SIGA	Sommet s'engage	5	1/2	2 600 g.
26	9	1/2	OIGA	Sommet s'engage	5	1/4	3 350 g.
27	9	22	OIGA	Sommet s'engage	8 1/2	1/2	3 700 f.
28	6	24	OIGA	Sommet s'engage	2	1/2	
29	9	1	OIDP	Tête s'engage	9	1/4	1 800
30	9	24	OIGA	Tête s'engage	6 1/2	1 1/4	4 150 f.
31	9	7	OIDP	Tête s'engage	3	10'	3 650 g.
32	7 1/2	48	Sommet	Tête mobile	15	1/2	3 830 f.
33	9	2	Sommet		21/2	1/2	2 000 g.
34	9	2	OIDP	Tête engagée	5	1/2	3 500 f.
35	9	15		Tête mobile élevée	4 1/2	1/2	2 800 g.
36	9	6		Tête haute au détroit supérieur	10	20'	3 300 g.
37	9	12	OIGA	Tête engagée	1/2	1/2	2 900 f.
38	9	3	OIDP	Sommet se fixe	1/2	1/2	3 000 f.
39	9	2 1/2	OIDP	Tête engagée	4 1/2	25'	1 900 f.
40	9	4	OIDP	Tête engagée	5 1/2	1/2	3 650 f.
41	9	4	OIDP	Sommet engagé	2 1/2	1/2	2 500 g.
							4 000 f.
							Rupture des membranes à 5 cm. du bord placentaire. 1 point de suture.
42	9	48	OIGA	Sommet engagé	2 1/2	1/2	Rupture à 3 cm. du bord.
43	9	30	OIGA	Tête s'engage	3 1/2	1/2	Rupture à 4 cm. du bord.
44	9	1	SIDT	Mode des fesses	2 1/2	1/4	Rétention d'un cotylédon. Inject.
45	9	6	OIDP	Tête s'avance	9	1/2	Rupture des membranes à 2 cm. du bord.
46	9	5 jours	SIGA	Tête s'engage	1 1/4	1/2	
47	9	7	OIGA	Tête s'engage	1 1/4	1/2	
48	9	2	OIGA	Tête amorcée en GT	5	20'	
49	9	2	OIGA	Sommet s'amorce	3 1/2	1/2	
50	9	7	OIGA	Sommet s'engage	10	1/2	
51	9	17	OIDP	Tête repose sur détroit supérieur	14	1/4	
52	9	1/4	OIGA	Tête engagée en GT	2	1/2	

PRIMIPARES. — Rupture précoce. — Dilatation de 1 fr.

N ^o	TERME de GROSSESSE	PRÉSENTA- TION	DEGRÉ D'ENGAGEMENT	DURÉE du travail de- puis le début jusqu'à la rupture	DURÉE du travail de- puis la rup- ture jusqu'à la dilatation complète	DURÉE de L'EXPULSION	POIDS de L'ENFANT	OPÉRATIONS et suites D'ACCOUCHEMENT
1	9	OIDP	Tête engagée	1	6	1/2	2450 g.	Bride vaginale sectionnée. Hé- morragie.
2	9	OIGA	Sommet amorcé	3	17 1/2	1	3200 f.	Deux points de suture.
3	9	OIDP	Sommet engagé	1 1/2	21 1/2	1	3450 g.	Deux points de suture.
4	9	OIGA	Tête engagée	2 1/2	9 1/2	3 4	3300 f.	Un point de suture.
5	9	OIGT	Tête s'engage	0	6	1 1/2	3000 f.	
6	9	OIGP	Tête s'engage	1	6 1/4	1 4	2400 f.	
7	9	OIDP	Sommet engagé	5	2	7 1/2	2900 g.	Déchirure du perinée.
8	9	OIDP	Tête engagée	9 1/2	3	11 1/2	3450 g.	
9	9	OIDP	Sommet engagé	9	21 1/2	3 4	2500 f.	
10	9	OIGA	Tête engagée	12	8	1	3700 f.	
11	9	OIDT	Tête mobile	11	1	1 1/2	1800 f.	
12	9	OIDP	Tête s'amorce	8	5	1	3100 g.	Rupture des membranes à 2 cm. du bord placentaire.
13	9	OIGA	Tête engagée	0	5	1 1/4	4000 g.	Vaginite granuleuse. 2 points de suture.
14	9	OIDP	Tête s'amorce	3	6	1 4	3100 f.	Placenta marginé.
15	9	OIGA	Tête engagée	0	6 1/2	1 2	3000 f.	

PRIMIPARES. — Rupture précoce. — Dilatation de 2 fr.

1	9	OIGA	Sommet engagé	2	3	3/4	2300 f.	Inertie utérine 3 h. après. Hé- morragie.
2	9	OIGA	Sommet engagé	2	5 1/4	3/4	3000 f.	
3	9	OIGA	Sommet engagé	8	31/2	1	3900 f.	
4	9	OIGA	Sommet engagé	24	4 1/2	1	3100 f.	

5	9	OIGA	Tête mobile au-dessus du détroit supérieur	32	16	1 3/4	3 250 f.	Mort apparente-Forceps. Points de suture.
6	9	OIDP	Sommet engagé	4	7	1/2	3 500 g.	Deux points de suture. Forceps.
7	9	OIDP	Sommet engagé	1 1/2	5 1/2	1/2	3 400 g.	
8	9	OIDP	Sommet engagé	0	11	1	2 700 f.	
9	9	OIDP	Sommet engagé	1 2	21 1/2	1	3 450 g.	
10	9	OIGT	Tête mobile. Hydramnios	3 3/4	7 1/2	2 1/2	3 800 g.	
11	9	OIDP	Tête engagée	0	13	1	3 600 g.	Hémorrhagie.
12	9	OIGA	Sommet engagé	2	5	1 1/4	3 550 f.	Un point de suture.
13	9	OIGA	Tête s'engage	10	4	3/4	3 150 f.	
14	9	OIDP	Tête s'amorce	5	4	1 1/2	3 500 g.	
15	9	OIGA	Tête non fléchie	4	3 1/4	3/4	2 900 g.	Un point de suture. Deux points de suture.
16	9	OIGA	Sommet engagé	6	3 1/2	1/2	3 200 f.	
17	8	OIGA	Peu engagé	46	2	1 4	2 000 g.	
18	9	OIGA	Sommet engagé	8	1	1 4	1 900 f.	
19	9	OIGA	Sommet engagé	16 1/2	1 1/2	3/4	2 600 f.	
20	9	OIGA	Sommet engagé	1	2 1/2	1	3 100 f.	Placenta marginé. 1 point de suture.
21	9	OIGA	Sommet engagé	3	9	1/2	3 500 f.	
22	9	OIGA	Sommet engagé	6	2	3	3 500 g.	
23	9	OIGA	Sommet engagé	4	1	1 1/2	2 700 f.	
24	9	OIDP	Tête amorcée	2	3 1/2	1 1/4	2 400 f.	
25	9	OIGA	Sommet engagé	23	1	1 2	2 700 f.	Placenta marginé. T. 39%. Injection intra.
26	9	OIGA	Tête engagée	41 2	1	1 1 4	3 000 f.	
27	8 1/2	OIGA	Tête engagée	1	10 1/2	3	2 400 f.	Insertion en raquette.
28	9	OIGA	Tête engagée	1 1/2	7 1/2	3	3 100 f.	
29	9	OIDP	Tête engagée	6	6	3 1/2	3 600 g.	
30	9	OIGA	Sommet engagé	0	10	1/4	3 500 f.	Injection KMnO ⁴ crainte d'infection
31	9	OIDP	Tête plongeante	3	4 1/2	1/2	2 800 g.	
32	9	OIGA	Tête engagée	18	5 25	20'	2 100 f.	
33	9	OIGA	Sommet engagé	11 1/2	5 20	1 2	3 200 f.	Rupture des membranes à 2 cm. du bord placentaire.
34	9	OIGA	Tête s'amorce	0	6	45'	4 250 g.	Points de suture. Rupture des membranes près du bord placentaire.
35	9	OIGA	Tête engagée	6	2	3	2 800 f.	
36	9	OIGA	Tête s'amorce	36	2	1	3 600 g.	
37	9	OIDP	Sommet engagé	0	4	1 1/2	2 800 f.	

PRIMIPARES. — Rupture précoce. — Dilatation de 5 fr.

N ^o	TERME de Grossesse	PRÉSENTA- TION	DEGRÉ D'ENGAGEMENT	DURÉE du travail de puisque début jusqu'à la rupture.	DURÉE du travail de puis la rup- ture jusqu'à la dil. comp.	DURÉE de L'EXPULSION	POIDS de L'ENFANT	ACCIDENTS ET SUITES DE COUCHES
1	9	OIGA	Tête engagée	1	2	1/2	3400 g.	
2	9	OIGA	Sommet engagé	6	1	1/2	3850 g.	
3	9	OIGA	Sommet engagé	1/4	3/4	1 10'	2950 g.	
4	9	OIDP	Sommet engagé	1	3 1/2	3/4	4000 g.	Un point de suture.
5	9	OIDP	Sommet engagé	11/2	12	4	3200 g.	
6	9	OIDP	Sommet engagé	9	21/2	11/2	2200 f.	
7	9	OIDP	Tête engagée	6	5 1/2	1 40'	3400 g.	Rotation artificielle d'occiput sous symphyse pendant l'expulsion.
8	9	OIDP	Tête non fléchie	31	9 1/2	11/2	3150 g.	
9	9	OIDP		12	10	3	3000 f.	Femme a de l'albumine pendant grossesse. Elle pousse mal. Forceps. 4 points.
10	9	OIDP	Sommet en OIDP	9 1/2	1	1/4	3300 g.	T. 40°. Injection intra utérine.
11	9	OIGA	Tête engagée	10	3 1/2	1/2	3200 g.	
12	9	OIGA	Tête plongeante	11 3/4	1	1 2	2950 f.	
13	9	OIGA	Tête engagée	5	5	1	2900 f.	
14	9	OIGA	Sommet engagé	6	3/4	1/2	3150 f.	Placenta marginé.
15	9	OIGA	Sommet engagé	1	5	1	3100 f.	
16	9	OIDP	Sommet engagé	0	5	1/2	3000 f.	
17	9	OIGA	Sommet engagé	33	4	1	3900 g.	Un point de suture.

PRIMIPARES. — Rupture précoce. — Dilatation de plus de 5 fr.

1	9	OIGA	Sommet engagé	15	11/2	3/4	4060 g.	Un point de suture.
2	9	OIDP	Tête s'engage	31	5	1	3500 g.	Contractions faibles. Forceps. Points au périnée.
3	9	OIDP	Tête s'engage	71/2	1/2	1/2	2950 f.	
4	9	OIDP	Tête s'engage	71/2	11/2	1	3600 g.	Un point de suture.
5	9	OIDP	Tête engagée	71/2	11/2	1	3500 g.	
6	9	OIDP	Tête non fléchie	41/2	11/2	1/2	3850 g.	Placenta marginé. Un pt de suture.
7	9	OIDP	Tête non fléchie	16	3	11/4	3520 g.	
8	9	OIGA	Tête engagée	12	3 1/2	1/2	2850 f.	Placenta marginé. Un pt de suture.
9	9	OIGA	Tête engagée	12	5 1/2	21/4	3450 g.	Placenta marginé
10	9	OIGA	Tête s'amorce	10	2	1/4	3700 f.	Dissociation des membranes.

MULTIPARES. — Rupture précoce. Dilatation de 1 fr.

1	9	OIGA	Sommet engagé	20	6	1/2	2800 g.	
2	9	OIGA	Sommet engagé	0	6	1/2	3450 f.	
3	9	OIDP	Tête s'engage	1/2	4	3/4	2750 f.	
4	9	OIGA	Tête engagée	0	12	1/2	2500 g.	
5	9	OIDP	Tête mobile au-dessus du détroit supérieur	5	8 1/2	11/4	2500 g.	
6	9	OIGA	Tête engagée	51/2	6 1/2	1/2	4000 g.	
7	9	OIGA	Sommet engagé	0	5	1/2	2800 g.	Deux points de suture.

MULTIPARES. — Rupture précoce. — Dilatation de 2 fr.

N ^o	TERME de GROSSESSE	PRÉSENTA- TION	DEGRÉ D'ENGAGEMENT	DURÉE du travail de- puis le début jusqu'à la rupture.	DURÉE du travail de- puis la rup- ture jusqu'à la dil. comp.	DURÉE de L'EXPULSION	POIDS de L'ENFANT	ACCIDENTS ET SUITES DE COUCHES
1	9	OIGA	Sommet s'engage	11 1/4	3	1 1/2	4100 g.	Deux points de suture.
2	9	OIGA	Sommet s'engage	15	2	3/4	3100 f.	
3	9	OIGA	Sommet s'engage	0	5	1 1/2	2800 g.	
4	9	OIDP	Sommet fixé	12	7	1 1/4		
5	9	OIDP	Sommet engagé	16	11 1/2	1 1/2	2900 f.	Rupture des membranes près du bord
6	9	OIDP	Sommet engagé	0	4	1 1/4	3150 g.	
7	9	OIGA	Sommet engagé	6	2 1/2	1 1/2	3400 g.	
8	8	OIGA	Sommet engagé	1	13	1 1/2	3000 f.	
9	9	OIDP	Sommet mobile	8 1/2	11 1/3	1 1/4	3100 f.	Deux circulaires. Mort né.
10	9	OICA	Sommet engagé	1	4	1 1/2	3500 g.	
11	9	OIGA	Sommet engagé	3 1/2	5	1 1/4	3100 f.	
12	9	OIGA	Tête s'engage	11	21 1/2	1 1/2	3350 g.	
13	9	OIGA	Tête s'engage	11	21 1/2	1 1/4	3700 g.	Rupture des membranes à 4 cm. du bord.
14	9	OIGA	Tête s'engage	7	1	1	3000 f.	
15	9	OIDP	Sommet engagé	12	11 1/4	1 1/2	4200 f.	
16	9	OIGA	Sommet engagé	1 1/2	7	1 1/2	2900 f.	
17	9	OIGA	Tête s'amorce	1	41 1/4	10'	2300 f.	Deux circulaires. Mort né.
18	9	OIGA	Sommet engagé	3	21 1/2	1 1/2	2750 f.	
19	9	OIDP	Tête mobile au détroit supérieur	9	12	1 1/4	3800 g.	
20	9		Tête mobile au détroit supérieur	21 1/4	6	31 1/2	3600 g.	
21	9	OIDP	Tête s'amorce	0	81 1/2	40'	3400 f.	Rupture des membranes à 4 cm. du bord.
22	9	OIDP	Tête s'amorce	2	5	1 1/2	3200 g.	
23	9	OIDP	Tête s'amorce	11 1/2	31 1/4	1 1/2	3700 f.	

MULTIPARES. — Rupture précoce. — Dilatation de 5 fr.

1	9	OIGA	Sommet engagé	1 1/2	1/2	1/2	3600 g.	Hémorragie du cordon. Hématénèse 4 h. après. Mort.
2	9	OIGA	Sommet engagé	2	1	1/2	3550 g.	Deux points de suture.
3	9	OIGA	Sommet engagé	13	5	3/4	3000 f.	
4	9	OIGA	Tête engagée	3	3 1/2	1/2	2800 g.	
5	9	OIGA	Tête mobile	24	5 1/2	1/2	2900 f.	
6	9	OIGA	Sommet engagé	0	5	1/2	2800 g.	
7	8	OIGA	Tête engagée	34	2 1/2	1/2	2400 g.	
8	9	OIGA	Tête mobile au détroit supérieur	83/4	3 1/2	1/4	5300 g.	
9	9	OIDP	Tête s'engage	93/4	2 1/2	1/2	3600 f.	Rupture des membranes près du bord placentaire.
10	9	OIGA	Tête engagée	0	3/4	1/4	3720 g.	
11	9	OIGA	Tête s'amorce	1/2	2	1/2	4000 f.	
12	9	OIGT	Tête mobile	3 1/4	2	1/2	3000 f.	
13	9	OIGA	Sommet engagé	1/2	3	1/2	3250 f.	
14	9	OIGA	Tête amorcée	7	4	1 1/2	3950 f.	
15	8	OIDP	Tête engagée	6 1/2	6 1/2	1/2	2600 f.	
16	9	OIGA	Tête plongeante	3	1 1/4	1/2	3400 g.	Rupture des membranes à 4 cm. du bord placentaire. Un point de suture.
17	9	OIDP	Tête se fixe	0	7 1/2	3/4	2750 g.	
18	9	OIDP	Tête mobile	24	5	3	3100 f.	
19	9	OIGA	Tête engagée	6	5	1/2	3800 g.	Un point de suture.
20	9	OIGA	Tête s'amorce	6	3	1/2	3150 f.	

MULTIPARES. — Rupture précoce. — Dilatation de plus de 5 francs.

N ^o	TERME de grossesse	PRÉSENTA- TION	DEGRÉ D'ENGAGEMENT	DURÉE du travail de- puis le début jusqu'à la rupture.	DURÉE du travail de- puis la rup- ture jusqu'à la dilatation complète.	DURÉE de l'EXPULSION	POIDS de L'ENFANT	SUITES D'ACCOUCHEMENT
1	8	OIGA	Sommet engagé	2	11/2	1/2	2600 g.	
2	9	OIDP	Tête s'engage	2	1 4	1/4	4000 g.	
3	9	OIGA	Sommet engagé	11 2	1 2	1/2	3700 g.	
4	9	OIGA	Sommet engagé	8	1/4	1/4	3950 f.	
5	9	OIGA	Sommet engagé	9 1/2	1, 2	1/4	3400 g.	
6	9	OIGA	Sommet engagé	11/2	1, 2	1/2	3600 g.	
7	9	OIGA	Tête engagée	9	1	1/2	3350 f.	
8	9	OIGA	Tête engagée	21, 2	21 2	20'	2800 f.	
9	9	OIGA	Tête engagée	5	21, 2	1 2	3050 g.	
10	9	OIDP	Tête mobile	29	7	1/2	3300 g.	
11	9	OIDP	Sommet engagé	10	3	1/2	3300 f.	Rupture des membranes près du bord placentaire.
12	9	OIGA	Tête s'amorce	8 40'	25'	25'	3950 f.	
13	9	OIDP	Tête engagée	41/2	1 2	1/2	3950 f.	
14	9	OIGT	Tête s'amorce	1 4	3 40'	1/2	3200 g.	
15	9	OIDP	Tête engagée	1	1	1/4	3500 g.	

DISCUSSION ET ANALYSE DES TABLEAUX PRÉCÉDENTS

Nous venons d'indiquer les résultats de nos recherches sous forme de tableaux généraux ; nous allons prendre la moyenne de la durée du travail de chacun d'eux et nous la comparerons I° à la durée d'un accouchement normal dans lequel la rupture s'est faite à la dilation complète II°, aux résultats obtenus par Kæss.

Durée moyenne d'un accouchement normal chez primipare et multipare

Or, chez les primipares, l'accouchement est plus long que chez les multipares, bien que parfois, de grandes multipares aient un travail long et pénible, tandis que de jeunes primipares expulsent un fœtus de poids normal à la suite de quelques contractions.

D'après Veit, Hecker et Bulh (1) l'accouchement dure

(1) SCHRÖDER.

chez les *primipares* environ 20 heures et chez les *multipares* 12 heures. La plus grande partie de ce temps appartient à la dilatation ; la deuxième période est de 1 h. $\frac{3}{4}$ chez les *primipares* et de 1 heure chez les *multipares*.

Bar dans son traité d'obstétrique et pratique de l'art des accouchements cite les chiffres suivants :

12 à 15 h. chez *primipares* :

6 à 8 h. chez *multipares*.

Varnier en calculant sur 2.000 accouchements physiologiques a trouvé pour la durée totale du travail :

13 h. $\frac{1}{2}$ pour les *primipares* ;

7 h. $\frac{1}{2}$ pour les *multipares*.

Mais il faut savoir que la Maternité reçoit des femmes qui ont souvent des couches longues et difficiles aussi, la moyenne est-elle ordinairement plus élevée.

Le docteur Joseph Kaess dans sa thèse de Munich 1910 cite :

17 h. 58 pour les *primipares* ;

12 h. 03 pour les *multipares*.

Ces résultats de même que ceux de Varnier sont la moyenne de 2.000 accouchements normaux avec rupture des membranes à la dilatation complète.

Ces chiffres se rapprochent de ceux de Veit mais s'éloignent de ceux de Bar et de Varnier, aussi voulant nous baser sur une moyenne propre à la Maternité de Nancy, nous avons pris tous les accouchements d'une année dans les cas de bassins normaux et dans lesquels la rupture s'est faite à la dilatation complète. Nous avons obtenu les résultats suivants :

	Dilatation	Expulsion	Total
(1) Primipares	14 h. 30'	1 h. 15'	15 h. 45'
Multipares	10 h.	30'	10 h. 30'

Nous adopterons cette moyenne.

Nous savons que le pronostic de l'accouchement pour la mère et le fœtus *est en rapport avec la durée du travail*. Plus l'accouchement est long, plus la femme se fatigue, plus elle est sujette à la fièvre du « *tœdius labor* » des Anglais.

Le moment arrive où, voyant ses efforts vains, elle se désole et s' imagine qu'elle ne pourra accoucher. L'entourage s'énervé de plus en plus et la sage-femme ou le jeune praticien impatient d'attendre et de ne rien voir font des touchers répétés et involontairement septiques, et donnent des injections d'eau plus ou moins bouillie. Alors, la femme dont la résistance à l'infection est diminuée par la longueur du travail, a des suites de couches pathologiques avec température anormale et quelquefois infection grave.

Quant à l'enfant, c'est surtout le temps de l'expulsion qui influe sur le pronostic, car si la présentation est bonne, nous n'avons rien à craindre pendant la dilatation. Le fœtus appuie en effet sur le canal cervical et ne laisse passer le liquide amniotique qu'au début de chaque contraction. Ce liquide humecte ainsi les parois vaginales et permet l'expulsion facile.

Mais, si l'expulsion est trop longue, le fœtus peut mourir asphyxié ou naître en état de mort apparente, car, sans être comprimé entre la paroi utérine et la partie fœtale, le cordon peut être enroulé autour du

foetus et former un ou plusieurs circulaires qui gênent la circulation foeto-placentaire.

Or la rupture intempestive n'entraîne pas de prolongation de travail. En effet, voici nos moyennes lorsque tout est normal :

	Durée du travail
Primipares	15 h. 45
Multipares	10 h. 30

Voyons quelles sont les moyennes dans le cas où tout étant normal, il n'y a que le moment de la rupture des membranes qui diffère.

Dans les cas de *ruptures prématurées*, nous avons obtenu comme moyenne :

	Intervalle entre rupture et douleurs	1 ^{re} période	2 ^e période	Durée du travail
Primipares (37)	8 h. 32'	7 h. 20'	1 h. 24'	8 h. 44'
(2) Multipares (52)	11 h. 27'	4 h. 58'	34'	5 h. 32'

Dans les cas de *ruptures précoces*, nous avons obtenu comme moyenne :

	Rupture à la dilatation de	Intervalle entre douleur et rupture	Intervalle entre rupture et dilatation complète	Expulsion
Primipares	1 fr.	4 h. 22'	5 h. 47'	1 h. 14'
	2 fr.	7 h. 40'	5 h. 21'	1 h. 11'
	5 fr.	9 h. 10'	4 h. 14'	1 h. 10'
	+ 5 fr.	12 h. 18'	2 h. 33'	52'
Multipares	1 fr.	4 h. 26'	6 h. 51'	31'
	2 fr.	5 h. 50'	4 h. 31'	38'
	5 fr.	7 h. 38'	9 h. 26'	40'
	+ 5 fr.	6 h. 16'	1 h. 40'	33'

Comparaison de la durée du travail dans le cas de rupture prématurée et dans accouchement normal

Si nous comparons les tableaux (1) et (2) nous constatons que chez les primipares dont la rupture des membranes s'est faite avant le début des douleurs, la durée du travail est de 7 heures plus courte que dans accouchement normal.

		Durée du travail
Normal	Primipares	15 h. 45'
Rupture prématurée	Primipares	8 h. 44'

Chez les multipares, la durée du travail est aussi plus courte de 5 heures :

		Durée du travail
Normal	Multipares	10 h. 30'
Rupture prématurée	Multipares	5 h. 32'

Joseph Kæss dans sa thèse de Munich (1910), trouve sur 2.000 *accouchements normaux*, la moyenne de :

	1 ^{re} période	2 ^e période	Total
Primipares	15 h. 56'	1 h. 12'	17 h. 58'
Multipares	10 h. 42'	40'	12 h. 03'

Dans les cas de ruptures prématurées il cite les moyennes de :

	1 ^{re} période	2 ^e période	Total
Primipares (116)	8 h. 29'	51 h. 2'	11 h. 06'
Multipares (161)	7 h. 42'	36 h. 7'	9 h. 09'

Alors chez les primipares dont les membranes se sont rompues avant le début des douleurs, la durée du

travail est de 6 h. 52' plus courte, et chez les multipares, la durée du travail est plus courte de 2 h. 54'.

Nos résultats sont sensiblement les mêmes, bien que la durée totale du travail soit plus élevée dans la thèse de Kæss que dans la nôtre.

Nous constatons tous deux que la durée totale du travail est plus courte quand la poche des eaux s'est rompue prématurément.

Comparaison de la durée du travail dans le cas de rupture précoce et dans accouchement normal

Pour comparer la durée du travail dans accouchement normal avec la durée dans accouchement avec rupture précoce, nous réunirons les observations dans lesquelles la dilatation du col était de 1 fr. et de 2 fr. au moment de la rupture des membranes. Nous prendrons la moyenne de la durée du travail dans ces cas.

Nous réunirons de même les cas de ruptures précoces à la dilatation de 5 fr. et de + 5 fr.

Nous obtenons les résultats suivants :

	Intervalle entre douleurs et rupture	Intervalle entre rupture et dilatation complète	Expulsion	Total
Primipares.				
1 ^f et 2 ^f Moyenne (52)	6h.01'	5h.34'	1h.12'	12h.47'
5 ^f et +5 ^f Moyenne (27)	10h.39'	3h.23'	1h.01'	15h.04'
Multipares.				
1 ^f et 2 ^f Moyenne (30)	5h.08'	5h.41'	34'	11h.23'
5 ^f et +5 ^f Moyenne (35)	6h.52'	2h.33'	36'	10h.01'

Joseph Kæss obtient :

	1 ^{re} période	2 ^e période	Total
Primipares (341)	12 h. 37.9'	1 h. 15.9'	14 h. 1.6'
Multipares (306)	11 h. 3.5'	35.6'	12 h. 43.6'

Mais ses résultats comprennent la durée du travail dans les cas de rupture précoce sans distinction de la longueur de l'orifice du col au moment de l'ouverture de la poche des eaux (1).

En comparant la durée du travail dans les cas de rupture précoce et la durée dans accouchement normal, nous avons :

Primipares.

Dilatation 1 ^r et 2 ^f . .	Moyenne 12 h. 47'	} Bénéfice 2 ^h 58'
Normal.	» 15 h. 45'	
Dilatation 5 ^r et + 5 ^r	» 15 h. 04'	} Bénéfice 41'
Normal.	» 15 h. 45'	

Multipares.

Dilatation 1 ^r et 2 ^f . .	Moyenne 11 h. 23'	} Perte 54'
Normal.	» 10 h. 30'	
Dilatation 5 ^r et + 5 ^r	» 10 h. 01'	} Bénéfice 29'
Normal.	» 10 h. 30'	

Kæss a dans sa thèse les moyennes suivantes :

	Durée totale (R. préc.)	Durée normale
Primipares. . .	14 h. 1.6'	17 h. 38'
	Bénéfice 3 h. 14.2'	
	Durée totale (R. préc.)	Durée normale
Multipares . . .	12 h. 43.6'	12 h. 03'
	Perte 17.1'	

(1) Vor völlig erweiterten Muttermund.

Comparaison entre la durée moyenne du travail
chez primipares et multipares, dans les cas de
ruptures précoces.

En examinant la durée moyenne du travail dans les accouchements après rupture précoce des membranes, nous avons *remarqué que plus tôt les membranes étaient ouvertes, plus vite l'accouchement se terminait chez les primipares.*

Chez les *multipares, au contraire, l'accouchement se terminait plus vite si les membranes se rompaient au moment où l'orifice du col était plus près de la dilatation complète.*

Le docteur Dockhorn est arrivé aux mêmes conclusions que nous ; nous indiquerons plus loin les résultats trouvés dans sa thèse de 1911.

Nous ne connaissons pas la cause de cette différence. Le muscle utérin est peut-être plus fort chez les primipares et, par suite, a-t-il une contraction plus énergique. De plus, la dilatation n'a pas de cicatrices de déchirures antérieures à vaincre ; la muqueuse utérine elle-même n'est pas malade ordinairement chez les primipares ; aussi elle ressent mieux les excitations que lui procure le liquide amniotique qui s'écoule à chaque contraction et le pôle fœtal qui la comprime. Enfin, la contraction abdominale est plus forte chez les primipares, car les muscles droits ne sont pas écartés et servent alors d'auxiliaires puissants au muscle utérin.

En effet, nous obtenons :

	Primipares	Multipares
Dilatation 1 fr. + 2 fr. Moyenne.	12 h. 47'	11 h. 25'
— 5 fr. + 5 fr. —	15 h. 08'	10 h. 02'
Vers la fin de la 1 ^{re} période. . .	15 h. 43'	8 h. 29'

Le docteur Dockhorn cite les résultats suivants :

	Primipares	Multipares
Bei Blasunsprung vor 3 M. Stück		
grossen Muttermund.	20 h. 54'	18 h. 43'
Nach 3 M. Stück	20 h. 07'	14 h. 52'
Gegen Ende der (1 ^{re} période) . .	21 h. 03'	13 h. 05'

Les résultats sont excellents pour les primipares, car la mère est plus vite soulagée, et, l'accouchement étant moins long, le pronostic est meilleur; mais il faut aussi penser à l'enfant et connaître la *durée de l'expulsion* qui est pour lui très importante. En effet, nous avons montré que le pronostic était d'autant plus sérieux pour l'enfant que l'expulsion était plus tardive

Or, en examinant la durée de la deuxième période d'un *accouchement normal*, nous voyons que la moyenne est de :

Primipares.	1 h. 15'
Multipares.	30'

Nous obtenons dans le cas de *rupture précoce* :

	Primipares	Multipares
Rupture à la dilatation de 1 fr.	1 h. 14'	31'
— 2 fr.	1 h. 11'	38'
— 5 fr.	1 h. 10'	40'
— + 5 fr.	52'	33'

L'expulsion a donc tendance à être plus brève chez les primipares, et un peu plus longue chez les multipares.

Die Dauer der Geburt ist bei Erstgebärenden im Durchschnitt eine um so längere, je später die Fruchtblase springt, und bei den Mehrgebärenden die Geburt währt um so kürzer, je später die Blase springt (1).

D'après ces tableaux, nous voyons que :

1° Les membranes étant rompues avant le début des douleurs ou avant la dilatation complète, le travail est plus court que dans l'accouchement normal chez les primipares ;

2° En ce qui concerne les multipares : (a) si la poche des eaux se rompt avant le début des douleurs, la durée du travail est aussi diminuée ;

(b) Si la rupture se fait au début de la dilatation, le travail est plus long.

OBSERVATION 1910 (1)

Mme B..., 25 ans. Primipare.

Dernières règles du 6 au 12 mai. La femme entre le 9 février, à 2 h. 1/2 du matin, disant avoir mal depuis 1 heure du matin. A l'examen, on constate le sommet engagé en O I G A ; l'enfant est vivant, le col effacé, dilaté comme 2 fr..

A 5 h. 1/2, rupture spontanée des membranes ; à 7 heures, dilatation complète, rotation effectuée.

A 8 heures, expulsion d'une fille pesant 3.400 gr.

D. N. Placenta, 500 gr. ; cordon, 70 cm. 2 points de suture.

(1) Thèses DOCKHORN et KÄSS.

En lisant cette observation, on constate :

1° Que la rupture des membranes s'est faite avant la dilatation complète ;

2° Que la durée totale du travail fut de 7 heures.

OBSERVATION 1910 (2)

Mme F..., 24 ans. Primipare.

Réglée depuis l'âge de 14 ans. Les règles duraient 4 jours. Les dernières datent du 17 au 20 mai. Pas de phénomènes sympathiques pendant le cours de la grossesse. La femme entre le 25 février, à 9 heures du soir, disant avoir mal depuis la veille à 10 heures du soir.

A l'examen, on constate le sommet engagé en O I G A. L'enfant est vivant et le col dilaté comme 2 fr.

A 9 h. 1/2, rupture spontanée de la poche des eaux.

A 10 h. 1/2, dilatation complète. A 11 heures, expulsion d'un garçon pesant 3.350 gr.

D. N. Placenta marginé, 600 gr. ; cordon, 58 cm. 1 point de suture.

Durée du travail, 25 heures.

Durée du travail jusqu'à rupture à la dilatation de 2 fr., 23 h. 1/2.

Durée du travail de la dilatation de 2 fr. à l'expulsion, 1 h. 1/2.

OBSERVATION 1910 (3)

Mme F..., 23 ans. Primipare.

Réglée à 15 ans, régulièrement, 5 jours de durée, assez abondamment. Les règles sont douloureuses. Les dernières règles sont du 5 au 12 août. Pas de troubles sympathiques.

La femme entre le 9 mai, à 10 heures du matin, disant avoir mal depuis 1 heure du matin et venant de perdre les eaux. Sommet en O I D P, enfant vivant.

A 11 h. $1/2$, col effacé, dilaté comme 2 fr. A 1 h. $3/4$, la dilatation est complète et, à 2 h. $1/4$, la femme expulse une fille de 2.500 gr.

Placenta, 450 gr. ; cordon, 80 cm. D. N. 2 circulaires.

Durée du travail, 13 h. $1/4$.

Durée du travail de la dilatation de 2 fr. à la dilatation complète, 2 h. $1/4$.

Durée de l'expulsion, $1/4$ d'heure.

OBSERVATION 1910 (4)

Mme D..., 22 ans. Primipare.

Entre le 9, à 6 heures du matin, souffrant depuis 5 heures du matin.

La poche des eaux aurait été rompue à la même heure. La tête s'engage en O I G T. Le col n'est pas effacé.

A 9 h. $1/2$, effacement complet, dilatation de 2 fr. A midi, dilatation complète. La rotation est faite et, à 1 h. $1/2$, la femme expulse une fille de 3.000 gr.

Placenta, 420 gr. ; cordon, 45 cm. Cordon en écharpe.

Durée du travail, 8 h. $1/2$.

OBSERVATION 1910 (5)

Mme G... a eu des vomissements alimentaires fréquents et faciles, n'incommodant pas la malade.

La femme entre à la salle de travail le 6 septembre, à 9 heures du soir, disant avoir mal depuis 1 heure.

Au palper, on constate la tête fœtale qui s'engage. A l'auscultation, on entend les battements à gauche. Au toucher, le col est dilaté comme 0 fr. 50. Bords épais.

A 11 heures, rupture spontanée des membranes. Dilatation de 2 fr. Tête en transverse, sans asynclitisme. A 3 heures, dilatation complète.

A 4 h. 45, expulsion d'une fille pesant 3.150 gr.

D. N.

Durée totale du travail, 14 h. 45.

Durée du travail après rupture à la dilatation de 2 fr. 5 h. 45.

OBSERVATION 1911 (6)

Mme X..., 19 ans. 1^{re} grossesse.

Jamais malade. Réglée à 13 ans. Les dernières règles datent du 16 avril. Aucun phénomène sympathique. Premières douleurs dans la nuit du 19 au 20.

La femme entre à la salle de travail le 21 janvier, à 2 heures du soir, ayant perdu les eaux à 1 h. 1/2. On constate la tête engagée en OIGP, l'enfant est vivant. Le col effacé, dilaté comme 2 fr.

A 3 h. 1/2, dilatation complète. A 4 h. 45, expulsion d'une fille de 3.600 gr.

Placenta, 600 gr. ; cordon, 70 cm. 1 circulaire. Déchirure du périnée. 3 points de suture.

Durée du travail après la rupture à la dilatation de 2 fr., 3 h. 1/4.

OBSERVATION 1911 (7)

Mme M..., 27 ans. 1^{re} grossesse.

Réglée à 17 ans, régulièrement ; quelques vomissements au cours de la grossesse. Les derniers mois, la femme a de l'œdème des membres inférieurs. Le 23 février, vers 11 heures du soir, la malade ressent quelques douleurs.

Dans la matinée du 24, elle perd des glaires et du sang. Elle entre à la Maternité à 6 heures du soir, ayant perdu les eaux à 5 heures du soir.

A l'examen, on constate une tête engagée, un plan résistant à droite, l'enfant est vivant et le col dilaté comme 2 fr.

A 10 h. 25, dilatation complète. A 10 h. 45, expulsion d'une fille du poids de 2.400 gr.

Délivrance par expression 1/2 heure après. Le placenta se présente par son bord, accompagné d'un écoulement de sang. Injection intra-utérine. Un point de suture.

Durée totale du travail, 24 heures.

Durée du travail après la rupture des membranes à la dilatation de 2 fr., 5 h. 45.

OBSERVATION 1911 (8)

Mme C..., 25 ans. 1^{re} grossesse.

Entre à la Maternité le 28 février, à 9 heures du soir. A l'examen, on constate une tête mobile en droite ; l'enfant est vivant et le col en voie d'effacement. Les membranes sont intactes.

Le 29, à 8 heures du matin, rupture spontanée des membranes, le col est effacé, très mince, dilaté comme 1 fr.

A 9 h. 1/2, expulsion d'une fille de 1.800 gr.

D. N. Placenta, 400 gr.

Durée totale du travail après rupture des membranes à la dilatation de 1 fr., 1 h. 1/2.

OBSERVATION 1909 (9)

Mme D..., 27 ans. 1^{re} grossesse.

Les dernières règles sont de fin juin. La femme entre à la salle de travail le 8 mai, à 4 h. 1/2, ayant mal depuis la matinée.

A l'examen, on trouve le sommet engagé en O I G A. Le col effacé, dilaté comme 2 fr.

A 5 heures. rupture spontanée des membranes. A 8 h. 1/2, dilatation complète. A 9 h. 1/2, expulsion d'une fille de 3.900 grammes.

D. N. 1/2 heure après. Placenta, 550 gr. ; cordon, 65 cm.

Durée du travail après rupture à la dilatation de 2 fr., 4 h. 1/2.

OBSERVATION 1909 (10)

Mme S..., 19 ans. I^{re} grossesse.

Grossesse sans accidents, ni phénomènes sympathiques. La femme entre à la salle de travail le 8 mai, à 10 h. 1/2 du soir, ayant mal depuis la veille.

A l'examen, on constate le sommet engagé en O I G A, le col en voie d'effacement et les membranes intactes. Le 9 mai, à 2 heures du soir, rupture spontanée des membranes. La dilatation est comme 2 fr.

A 6 h. 1/2, dilatation complète et, à 7 h. 20, expulsion d'une fille de 3.100 gr.

L. N. 20 minutes après. Placenta, 500 gr. ; cordon, 80 cm. Un point de suture.

Durée du travail depuis rupture à la dilatation de 2 fr., 5 h. 20.

OBSERVATION 1909 (11)

Mme J..., 30 ans. II^e grossesse.

Dernières règles fin juillet. Grossesse sans accidents. La femme entre à la salle de travail le 8 mai, à 10 h. 1/2 du soir, ayant mal depuis midi. Sommet mobile au détroit supérieur. L'enfant est vivant et le col dilaté comme 2 fr.

A 11 h. 1/4, rupture des membranes. La tête s'engage en O I G A. A 2 h. 1/2, la dilatation est complète. A 3 heures, expulsion d'un garçon de 4.100 gr.

Placenta, 700 gr ; cordon, 50 cm. Rétenion partielle du chorio. Dans la nuit, la femme expulse un caillot.

Durée totale du travail, 13 heures.

Durée du travail après rupture à la dilatation de 2 fr., 4 h. 1/2.

OBSERVATION 1909 (12)

Mme C..., 32 ans. III^e grossesse.

Dernières règles le 13 mars. Pas d'accidents. Albumine dans

les derniers temps. Premières douleurs le 14, à 11 heures du soir, entre à la salle de travail le 15, à 7 heures du soir, ayant perdu les eaux à 6 heures.

Présentation du sommet engagé en O I G A. L'enfant est vivant, le col effacé, dilaté comme 1 fr. A minuit, dilatation complète. 1/2 heure après, expulsion d'un garçon de 2.800 gr.

D. N. Placenta, 500 gr. ; cordon, 60 cm.

Durée du travail, 25 h. 1/2.

Durée du travail après rupture, 6 h. 1/2.

Complications

En étudiant les *complications et les accidents* survenus pendant et après l'accouchement, nous verrons que la mortalité fœtale et maternelle est à peu près identique dans les cas de rupture intempestive et dans les cas d'accouchement normal. Dans nos observations nous avons en effet :

	Rupture prématurée		Kæss	Rupture précoce		Accouchem. normal
	P.	M.		P.	M.	
Enfant né étonné . . .	5 %			1.5 %	1.5 %	3 %
Enfant mort.		2 %				
Femme morte.				0.3 %		0.2 %
Forceps.	5 %	2 %	3 %	5 %		3 %
Points de suture. . .	19 %		17 %	20 %	10 %	12 %
Déchirure du périnée	1 %					
Température	3 %		3.5 %	3 %		2 %
Injection	3 %	4 %		3 %		2 %
Placenta marginé . .	19 %	21 %		14 %		

D'après ce tableau, nous remarquons aussi que les opérations et les accidents survenus pendant ou après l'accouchement sont dans les mêmes proportions, que la rupture se soit faite avant ou après la dilatation complète. Le nombre des déchirures simples est seul un peu plus élevé que normalement. Quant à la température et à l'infection, la quantité est sensiblement la même. D'ailleurs, c'est surtout la longueur du travail qui, en fatiguant la parturiente et en créant l'occasion de touchers répétés, prédispose à l'infection (1). « C'est ainsi que Sommer trouve que le travail a duré 24 heures dans 23 % des cas de fièvre, de deux à quatre jours dans 46 % ». Or, dans les cas de rupture intempestive, la durée du travail étant diminuée, l'infection a moins d'occasion de se produire.

Aussi, ce qui a fait jusqu'alors, la mauvaise réputation des ruptures prématurées et précoces, ce sont les circonstances anormales où se produisaient ces ruptures. C'est-à-dire les cas de rétrécissement du bassin ou de présentations vicieuses ; les dangers courus en effet par la mère et le fœtus sont graves, car le fœtus peut s'enclaver et mourir asphyxié. Il favorise alors à l'intérieur de la cavité utérine une infection qui se généralise et la femme peut mourir de septicémie.

De plus, une présentation vicieuse retarde le travail et produit souvent de l'œdème du segment inférieur qui peut être la cause « de graves déchirures et d'hémorragies d'autant plus sérieuses que ces déchirures

(1) BAR. Pratique de l'art des accouchements.

seront l'amorce d'une déchirure remontant vers l'abdomen » (1).

Or cet œdème ne se produit pas dans les cas de présentation du sommet engagé avec rupture précoce des membranes.

Il y a lieu toutefois de faire quelques réserves en ce qui concerne l'intégrité du col qui nous paraît moins ménagé par la rupture précoce des membranes que par la persistance de celles-ci jusqu'à la dilatation complète. Nous n'avons pas trouvé dans les observations recueillies, de notes à ce sujet mais il nous semble que l'absence de la poche des eaux occasionne de petites déchirures du col.

Influence de la rupture artificielle des membranes dans les cas de travail lent

Parfois, on se trouve en présence d'une femme fatiguée par suite d'un long travail et dont le motif de la lenteur est inconnu.

On ne reconnaît ni dystocie fœtale, ni dystocie maternelle; le contenu utérin paraît normal, et cependant la dilatation reste stationnaire. Que devons-nous faire dans ces cas?

Fieux cite, dans les *Annales de gynécologie* de 1897, cinq observations dans lesquelles la dilatation restant stationnaire à la dilatation de 2 fr. avec membranes tendues pendant l'intervalle des contractions, il rompit artificiellement ces membranes et obtint la dilatation

(1) SAINT-JEAN. Thèse Paris 1908.

complète quelques heures après. Voici le résumé de ses observations :

Dilatation arrêtée depuis	Rupture des membranes Dilatation au bout de
11 h. 1/2.	1 h. 1/2.
33	2
9	1
45	5 1/2
59	9 1/2

Si nous prenons de même quelques observations de rupture précoce à la dilatation de 2 fr. nous avons :

Durée du travail avant rupture	Dilatation au bout de	Expulsion
24 h.	4 h. 1/2	1 h.
10	4	45'
16 1/2	1 1/2	1
23	1	30'
18	5 25	20'
11 1/2	3 20	30'
36	2	1

En comparant ces deux tableaux, nous voyons que nous obtenons tous deux les mêmes résultats pour arriver à la dilatation complète dès que la poche des eaux est rompue.

	Obs. de Fieux Multipares et primipares	Obs. personn. Primipares
Dilatation au bout de	2 h. 30	3 h. 06

Varnier montre aussi que la rupture précoce dans le cas de présentation du sommet est un moyen de diminuer la longueur du travail, surtout dans les *positions antérieures*. Il cite les résultats de Bataillard qui, sur

198 cas où la poche des eaux s'était rompue avant la dilatation complète, obtint les moyennes suivantes de durée de travail :

<i>Position oblique antérieure.</i>	Primipares 11 h. 27.
	Multipares 6 h. 16.
<i>Position oblique postérieure.</i>	Primipares 15 h. 32.
	Multipares 5 h. 59.

Nous voyons d'après ces résultats, que la durée de l'accouchement est beaucoup moindre que normalement dans les positions antérieures. Or, en parcourant les tableaux de rupture précoce à la dilatation de 2 fr., nous constatons dans les présentations engagées en OIP chez les primipares.

Intervalle entre rupture et dilatation complète	Expulsion
6 h. 06	57'

Dans les présentations du sommet engagées en OIA nous obtenons chez les primipares :

Intervalle entre rupture et dilatation complète	Expulsion
4 h. 28	43'

La rupture précoce artificielle dans le cas de présentation du sommet engagé en position antérieure paraît donc être un procédé excellent pour activer l'accouchement dans le cas de travail lent et stationnaire.

Il suffit de parcourir les tableaux pour reconnaître l'avantage de ce procédé et son efficacité presque constante.

Nous citerons cependant quelques observations de façon à montrer en détails la durée et la marche du travail avant et après la rupture des membranes.

OBSERVATION 1910

Mme F..., 24 ans. Primipare.

La femme a eu ses dernières règles du 18 au 20 mai. Elle entre le 22 février à 9 heures du soir disant avoir mal depuis la veille à 10 heures du soir.

A l'examen, on trouve le sommet engagé en OIGA. L'enfant est vivant, le col est dilaté comme 2 fr.

A 9 h. 1/2, rupture spontanée de la poche des eaux.

A 10 1/2, dilatation complète et à 11 heures expulsion d'un garçon de 3.350 gr. D. N. Placenta, 610 gr. ; cordon, 58 cm.

Durée totale du travail, 24 h. 1/2.

Durée du travail jusqu'à la dilatation de 2 fr., 23 heures

Durée du travail depuis rupture des membranes, 1 h. 1/2.

Cette observation montre la facilité avec laquelle l'accouchement s'est terminé après la rupture des membranes à la dilatation de 2 fr.

OBSERVATION 1910

Mme X... ressent les premières douleurs le 13 à 3 heures du matin. Les douleurs sont de plus en plus fréquentes.

La femme entre le 15 à 11 heures à la Maternité et vient à 2 heures à la salle de travail.

A l'examen on trouve la tête engagée, le plan résistant à droite. L'enfant est vivant et le col dilaté comme 2 fr. Le 16 à 7 heures, même dilatation de 2 fr.

A 1 h. 1/2. les membranes se rompent ; la dilatation est comme 5 fr. Les contractions deviennent de plus en plus énergiques et à 5 heures la dilatation est complète ; la tête fait sa rotation et à 5 h. 1/2 la femme expulse un garçon de 3.200 gr.

Nous voyons dans cette observation l'influence heureuse de la rupture des membranes sur l'accouchement. En effet, cette femme était en travail depuis plusieurs jours et la dilatation de l'orifice utérin était restée stationnaire une nuit entière. Dès que les membranes furent rompues, les contractions devinrent plus énergiques et la femme expulsait 4 heures après un garçon de 3.200 gr.

CONCLUSIONS

D'une manière générale, l'intégrité de la poche des eaux doit être conservée lorsque le travail a une marche normale.

Il y a des cas cependant où la rupture intempestive des membranes présente une valeur thérapeutique incontestable.

Les cas pour lesquels cette rupture est considérée comme indiscutablement avantageuse sont :

1) Distension anormale de l'utérus avec travail retardé.

Gros fœtus ;

Grossesse gemellaire ;

Hydramnios.

2) Insertion vicieuse du placenta à forme hémorrhagique et hémorrhagie rétro-placentaire.

3) Adhérences anormales des membranes.

4) Mobilité du fœtus pendant le travail.

A côté de ces cas, d'après l'étude que nous avons faite de la marche du travail dans 240 observations où s'était produite la rupture intempestive spontanée des membranes, nous pensons que :

La rupture artificielle précoce des membranes peut être proposée dans le but d'accélérer le travail, lorsque :

1° Celui-ci est lent, c'est-à-dire lorsque la dilatation reste stationnaire pendant plusieurs heures de suite, au moins 3 heures, alors que les anomalies citées ci-dessus ne sont pas reconnues.

Mais il faut :

2° Que le col soit au moins dilaté comme 2 fr.

3° Que le col et le segment inférieur soient minces.

4° Que la présentation soit celle du sommet bien engagé, fléchi et de préférence en position antérieure.

Les avantages de cette manière de faire paraissent d'après nos chiffres, incontestables en ce qui concerne l'accélération du travail, en particulier chez les primipares.

Les inconvénients pour la mère et pour l'enfant ne paraissent pas plus grands que lorsque la poche des eaux est conservée. L'intégrité du col nous semble seule un peu menacée.

Vu :

Nancy, le 1^{er} Mars 1912.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

A. HERRGOTT.

Vu :

Nancy, le 5 Mars 1912.

LE DOYEN,

GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :

Nancy, le 6 Mars 1912.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

CH. ADAM,

Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Annales de gynécologie.

BAR. — La pratique de l'art des accouchements.

BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales.

CAZEAUX. — Traité pratique des accouchements, 1867.

CHAILLY-HONORÉ. — Traité pratique de l'art des accouchements, 1867.

COUVEAUD. — Etiologie et pathogénie des déchirures spontanées du col de l'utérus pendant l'accouchement chez les primipares. Thèse Bordeaux 1899.

CHARPENTIER. — Traité des accouchements, 1883.

DESCLOZEUX. — Considération sur la rupture précoce de la poche des eaux. Paris 1907.

DOCKHORN. — L'accouchement dans rupture précoce. Thèse Göttingen, 1911.

FLAQUIÈRE. — Essai sur la poche des eaux. Thèse Montpellier, 1884.

FRUHHINSHOLZ. — Revue médicale de l'Est, 1911.

GALTIER. — De l'infection primitive du liquide amniotique après la rupture prématurée des membranes de l'œuf humain. Thèse Paris, 1895.

- GARIPUY. — Etude sur la poche des eaux, sur sa rupture prématurée, spontanée et artificielle. Thèse Paris, 1873.
- HERRGOTT (A.). — Revue de gynécologie, 1911.
- KÄSS (J.). — Sur l'influence de la rupture prématurée et précoce sur l'accouchement. Thèse Munich, 1910.
- MAURICEAU. — Traité des femmes grosses. Paris 1675.
- NAEGELÉ et GRENSER. — Traité des accouchements, 1869.
- PAJOT. — Phénomènes mécaniques de l'accouchement.
- PAYRAU. — De la rupture artificielle des membranes dans les cas d'hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta. Thèse Paris, 1894.
- PINARD. — Traité du palper abdominal.
Revue médicale de l'Est.
- RICHARD. — Le repos a-t-il une influence sur la rupture prématurée des membranes. Thèse Paris, 1904.
- ROULIN. — De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf. Thèse Paris, 1878.
- SCHROEDER. — Manuel d'accouchements.
- SENNERT. — De morbis mulierum et infantium.
- SPINDLER. — De la rupture prématurée des membranes dans ses rapports avec l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Thèse Paris, 1896.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements. Paris, 1880.
- VARNIER. — Obstétrique journalière.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	5
Introduction.	7
Historique.	11
Physiologie de la poche des eaux pendant le travail	17
Rupture artificielle précoce utilisée comme moyen thérapeutique	23
Gros fœtus	24
Grossesse gémellaire	27
Hydramnios	29
Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta. . . .	33
Hémorrhagie rétro-placentaire	37
Mobilité du fœtus pendant le travail.	41
Procidence réduite du cordon.	44
Adhérences anormales des membranes	45
Tableaux	52
Discussion et analyse des tableaux.	63
Conclusions.	85
Index bibliographique.	87

